Rok III. Warszawa, Kwiecień 1924 r. № 2.

KWARTALNIK KLINICZNY

SZPITALA STAROZAKONNYCH W WARSZAWIE

WYDAWNICTWO LEKARZY SZPITALA.

(Z ODDZIAŁU CHORÓB NERWOWYCH; ORD. L. BREGMAN)

Objawy oczne w tężcu w związku z jego patogenezą.

Podał

L. Nudelman,

Asystent oddziału.

Ponieważ zakażenie tężcowe wywołuje zazwyczaj, jak wiadomo, przedewszystkiem rozległe kurcze toniczne mięśni poprzecznoprążkowanych, to już a priori należałoby częściej spostrzegać w tężcu zaburzenia oczne. A jednak gdy się bada historje choroby tego ciężkiego cierpienia, stwierdzić można z łatwością, że objawy ze strony mięśni ocznych są tu niezwykle rzadko notowane. Trudno jednak się zgodzić z poglądem Salus'a (1), że przyczyną tego zjawiska ma być znikoma liczba przypadków tężca, obserwowanych przez okulistę; internista bowiem lub chirurg mało uwagi zwraca na objawy oczne, starając się przedewszystkiem opanować kurcze—drgawki toniczne i przykurczenia w dziedzinie mięśni dużych tułowia i kończyn. Wiadomo jednak skądinąd, że przypadki tężca zazwyczaj spostrzega neuropatolog, a ten nie może z natury rzeczy zaniedbać badania aparatu mięśniowego gałek ocznych, co trudne było by do pomyślenia zwłaszcza wtedy, gdy chory sam skarży się na podwójne widzenie, jak to np. miało miejsce w niżej podanym przypadku, przez nas obserwowanym. Należy więc przypuszczać, że jeżeli objawy ze

strony mięśni ocznych nie tak często są notowane, to właśnie dlatego tylko, że istotnie są bardzo rzadkie.

Już w piśmiennictwie pierwszej 1/2 ubiegłego stulecia notowane były pojedyńcze przypadki tężca z objawami ocznemi (Larrey, Heyfelder 1835 r., Curling 1836 r., Hugier 1848 r.) (2). Następnie George-Polloc (2), potym Brunner (2) wspominają o przypadku tężca głowy z porażeniem n. twarzowego, najstarszym w piśmiennictwie tego przedmiotu, bo opisanym i badanym przez Wernera v. Ellevorden jeszcze w r. 1792. Dopiero jednak Rose (3) pierwszy (1870 r.) uzasadnił potrzebę uznania odrębnej jednostki klinicznej, t. z. tężca głowy, jako zespołu cierpienia, występującego po urazie głowy. Rose właśnie podkreślił, że w tej postaci schorzenia spostrzegane bywają objawy ze strony nn. czaszkowych, w pierwszym rzędzie n. twarzowego, a rzadziej i pozostałych; badacz ten podał również dwa własne spostrzeżenia tężca głowy, z których jedno opisał w r. 1847.

W późniejszym piśmiennictwie również znajdujemy szereg przypadków tężca głowy z objawami ze strony mm. oczu. Tak więc Birch-Hirschfeld (4) podaje, że w przebiegu tężca wszystkie mm. oczne mogą być w stanie skurczu tonicznego; występuje wtedy t. z. wzrok sztywny — gałki bowiem trwają w ustawieniu nieruchomym; równolegle z takim skurczem stałym może być też porażenie n. twarzowego. Grenouw (5) uważa, że w tężcu są dość często spostrzegane zez i porażenie n. okoruchowego bez udziału gałęzi źrenicznej jego. Fromaget (6), w przypadku urazu oka, stwierdził tężec z przykurczeniem mm. żwaczy i m. mostkowoobojczykowosutkowego obok stałego kurczowego unieruchomienia gałki ocznej, przyczym zachowane zostało oddziaływanie źrenicy na światło i przystosowanie oraz ruchy powiek.

Kron (7) podaje przypadek tężca po urazie głowy z porażeniem m. prostego wewnętrznego i n. twarzowego, a badanie anatomopatologiczne stwierdziło zwyrodnienie tłuszczowe komórek w jądrach tych nerwów.

Schröter (8) podaje przypadek tężca głowy z porażeniem n. twarzowego oraz mm. oczu i n. podjęzykowego. Autor ten przypuszcza, również jak Sznicler, że jad tężcowy w krótkich

nn. czaszkowych jest więcej skoncentrowany, niż w długich nerwach kończyn.

Neumann (2) stwierdził w swoim przypadku tężca głowy porażenie mm. ocznych i n. podjęzykowego tej strony, która uległa urazowi; Neumann uważa, że jad tężca przenika do komórek zwojowych układu ośrodkowego drogą nerwów obwodowych i również, że porażenie zawsze dotyczy obu oczu, a jeżeli tylko jednego, to po stronie, odpowiadającej urazowi. Neumann rozróżnia dwa rodzaje tężca głowy: tężec Rose'go i tężec Brunner'a. W pierwszej postaci klinicznej występuje porażenie nn. czaszkowych, zwłaszcza n. twarzowego, w drugiej — wzmożona pobudliwość nn. czaszkowych i kurcz toniczny mm. mimicznych, gardzieli i mm. oddechowych; porażenie w przypadkach takich zostaje wywołane przez uszkodzenie jąder nn. czaszkowych.

Orzechowski (9) podaje bardzo pouczający przypadek tężca głowy, po urazie kopytem końskim skroni prawostronnej. W przypadku tym wystąpił objaw Argyll-Robertsona; źrenice były wązkie, nierówne — prawa bowiem była szersza — oraz niedowład n. prawostronnego twarzowego i odwodzącego. Badanie pośmiertne, wykonane przez Orzechowskiego, stwierdziło chromatolizę komórek nerwowych jądra n. twarzowego i takie same zmiany oraz odśrodkowe ułożenie jądra w komórkach nerwowych rogów przednich w części grzbietowej rdzenia. To też Friedländer i Meyer (10), opierając się na niezwykle cennej kazuistyce Neumanna, słusznie sądzą, że porażenie nn. mięśni ocznych w tężcu głowy stwierdza się względnie częściej, aniżeli przypuszczano, bo aż naprz. w 14-u przypadkach z 182 ich spostrzeżeń.

Inaczej jednak zupełnie rzecz się ta przedstawia, gdy idzie o tężec ogólny.

W tężcu ogólnym właśnie, wywołanym przez uraz różnych części ciała—z wyłączeniem głowy—, znajdujemy w dostępnym nam piśmiennictwie tylko jeden przypadek z porażeniem m. m. ocznych; spostrzeżenie takie podaje Zak (11). W przypadku jego wystąpił tężec u 18-o letniej dziewczyny po skaleczeniu praw. kończyny dolnej gwoździem zardzewiałym; pacjentka od chwili zapisania się do szpitala zaczęła widzieć podwójnie.

Badanie oczu jej szkłami kolorowemi stwierdziło niedo-

wład prawego nerwu bloczkowego; zjawisko to trwało jeszcze przez czas krótki i po ustąpieniu wszystkich objawów typowego ogólnego tężca pourazowego. Sądzimy więc, że nasz przypadek, — a zupełnie analogiczny do przypadku Zak'ą — jest zatym drugim spostrzeżeniem, w którym objawy ze strony mięśni ocznych wystąpiły w tężcu, wywołanym przez uraz obwodowej części ciała, a nie głowy.

Dotyczy on 19-o letniej dziewczyny, która w początku sierpnia 1923 r. skaleczyła się gwoździem w piętę lew. kończyny dolnej. Rana bardzo szybko się zagoiła. W tydzień po skaleczeniu tym wystąpił ból w krzyżu, powieki tak opadły, że chora nie mogła dobrze otwierać oczu, usta zaczęły się zacinać. Twardych pokarmów wcale żuć i połknąć nie mogła. W nocy do krwi przygryzała język. Gdy już minęło 18 dni po skaleczeniu stopy, wystąpiły drgania toniczne tułowia. Po 3-ch tygopniach choroby przybyła na oddział, gdzie swierdzono następujące zmiany. Chora przytomna, stan podgorączkowy, „*risus sardonicus*", szczękościsk, sztywność karku, nastepnie nieregularnie, w odstępach mniej więcej 2—3 minutowych, wyzwalające się kurcze toniczne mięśni tułowia i kończyn dolnych, słabo zaznaczone tyłozgięcie głowy (*opisthotonus*), język pokaleczony u brzegów, znaczne napięcie m. m. brzucha. Najbardziej jednak zastanawiały objawy ze strony m. m. ocznych, a mianowicie: ograniczenie ruchów gałek, gdyż nie mogły być przesuwane do kątów zewnętrznych powiek, jak również ruchy ograniczone ku górze i ku dołowi. Szpary oczne były wązkie, a prawa nieco węższa. Oczopląs poziomy przy spoglądaniu wprawo i wlewo, a następnie i podwójne widzenie (sprawdzone szkłem kolorowym) nieskrzywowane, przyczym podwójne obrazy ukazywały się chorej nie na jednym poziomie. Pozatym ani w układzie nerwowym, ani w narządach wewnętrznych nie stwierdzono zmian. Podwójne widzenie i w naszym przypadku, jak w spostrzeżeniu Zak'a, trwało jakiś czas jeszcze po ustąpieniu wszystkich objawów tężca.

Mieliśmy więc przypadek tężca pourazowego — po skaleczeniu obwodowej części ciała — z objawami ocznemi.

Gdy poddamy objawy oczne w danym wypadku ocenie krytycznej, to wyłania się cały szereg zagadnień, ściśle związanych z patogenezą tężca. O ile to cierpienie pod względem etjologicznym i symptomatologicznym przedstawia jednostkę chorobową ściśle określoną i wszechstronnie zbadaną, o tyle pod względem patogenetycznym i anatomopatologicznym przedstawia dziedzinę, w której pozostaje jeszcze dużo kwestji nierozstrzygniętych. Przedewszystkiem jaka jest droga przenikania jadu tężcowego do układu nerwowego i mięśniowego?

Czy odbywa się to drogą nerwów obwodowych, czy też zwykłą drogą, przez krążenie, z krwiobiegu? Jakie zmiany anatomopatologiczne stwierdzamy w tężcu? Co staje się warunkiem dla rozwoju każdego z trzech głównych objawów tężca: skurczu stałego (*trismus, opisthotonus, risus sardonicus*), wyzwalających się okresowo drgawek tonicznych oraz tężca miejscowego (kurczu mięśni w miejscu zakażenia lub szczepienia)? Jaką mamy zasadę krytyczną do orzeczenia, czy w danym przypadku, z ojawami ze strony mięśni ocznych, mamy porażenie mięśnia, czy też skurcz ich antagonistów? Dlaczego tak rzadko spostrzegamy objawy oczne w tężcu? Są to dzisiaj wszystko jeszcze zagadnienia, dla których rozwiązania istnieją naogół tylko hypotezy i przypuszczenia. Więc co do zagadnienia kurczu i porażeń mięśni, to Pochhamer (12), omawiając genezę kurczów tonicznych na mocy powtórzonych na zwierzętach doświadczeń Hansa Meyer'a i Ransom'a, podkreśla, że jad tężcowy drogą krwiobiegu poraża przedewszystkiem otoczkę myelinową nerwu, pozbawiając ją w ten sposób izolacji; wówczas powstaje t. z. w elektrotechnice krótkie spięcie, a co zatym bodźce czuciowe, zanim dochodzą do ośrodka, przechodzą bezpośrednio na tory ruchowe; w ten sposób łuk odruchowy zostaje zamknięty już w dziedzinie nerwów obwodowych: bodźce przechodzą nie przez ośrodek, który do pewnego stopnia hamuje je i dlatego też już najmniejszy bodziec taki wywołać może kurcz toniczny. Tak powstają kurcze mięśni, unerwianych przez nerwy mieszane, w których przebiegają włókna i czuciowe i ruchowe. Inaczej rzecz się przedstawia w nerwach czysto ruchowych, do których należą nerw twarzowy, okoruchowy i odwodzący; tu jad tężcowy, porażając otoczkę myelinową nerwu i pozbawiając go izolacji, wywołuje porażenie jego, jak to dość często bywa w tężcu głowy Rosego.

Na zagadnienie to inaczej zapatruje się znany badacz Zupnik (13). On stoi na zupełnie innym stanowisku. Poddając ocenie krytycznej przypadki tężca z objawami porażeń mięśni, na podstawie swych własnych badań na zwierzętach, Z. przychodzi do wniosku, że jad tężcowy drogą krwiobiegu przenika z jednej strony do mięśni, poraża je i przeto wywołuje w nich stały skurcz (szczękościsk, opisthotonus), a z dru-

giej strony — do rdzenia, w którym wywołuje podobne do strychniny działanie, poczym już występuje wzmożona pobudliwość nerwów i mięśni. Tak więc Zupnik wyłącza zupełnie porażenie mięśni w tężcu; z nim zupełnie się zgadza i Salus (1) który podkreśla, że porażenia w tężcu, jako takie, albo mylnie rozpoznawane były, albo porażenia te są natury przypadkowej, jako powikłanie, lecz z pewnością nie wywoływane przez pałeczkę Nikolaier'a, względnie jej toksynę. Zagadnienie więc skurczów i porażeń w tężcu jest nierozstrzygnięte. Okoliczność ta stała się pobudką dla Nikolaier'a (1892 r.) do twierdzenia, że w tężcu głowy u człowieka, gdzie nie tak rzadko stwierdzamy porażenia n. n. czaszkowych, mamy zapewne do czynienia z innym drobnoustrojem, niż w tężcu zwykłym, gdzie porażenia n. n. czaszkowych należą do wyjątków. Wychodząc z tych założeń, Fromaget rzucił myśl, aby odróżniać z jednej strony tężec, który wywołuje tylko skurcze, z drugiej tężec ze skurczami i porażeniami.

A co się tyczy mięśni ocznych w szczególności, to, gdy są w tężcu również zajęte, nasuwa się przedewszystkiem pytanie, czy uległy one porażeniu, czy też skurczowi. Rozpoznanie tych zjawisk nastręcza w większości przypadków dość poważne trudności. Duże znaczenie ma w tym względzie ustawienie gałki ocznej. Wiadomo, że gdy porażone są mięśnie proste, to wówczas występuje nieznaczny wprawdzie, ale widoczny wytrzeszcz gałki; objaw ten zostaje wywołany przez zmniejszenie się siły pociągania tych mięśni, odwrotnie zaś przy spotęgowaniu się napięcia tych mięśni, — występuje zapadnięcie gałki ocznej. Działanie mięśni skośnych, jako antagonistów mięśni prostych, jest według Salus'a zbyt słabe, aby mogło się tu ujawnić wyraźnie. Dlatego też właśnie, gdy porażone są mięśnie proste, wytrzeszcz nieznaczny może ujść łatwo uwagi badacza z powodu równoczesnego opadnięcia powieki; to samo stać się może, gdy *enophthalmus*, wywołany przez skurcz mięśni prostych, jest również nieznaczny, a wobec zwykłego skurczu powiek stwierdzić go trudno.

W naszym przypadku nie stwierdziliśmy ani wytrzeszczu, ani zapadnięcia gałki ocznej, nie było również zeza, ani zwrotu gałki ocznej w kierunku bocznym. Ruchy gałek ocznych były ograniczone we wszystkich kierunkach, a zwłaszcza

w kierunku bocznym; w krańcowym ustawieniu bocznym występował obustronnie oczopląs. Taki zespół objawów, a w szczególności brak zeza i zboczenia gałki ocznej, świadczy że w danym przypadku mieliśmy do czynienia raczej z porażeniem mięśni oczu, a nie ze skurczem ich. Zaznaczyć tu trzeba, że według Salus'a (1) w większości przypadków, opisanych, jako porażenia m. m. ocznych w tężcu, należało rozpoznać raczej skurcz tych mięśni. Salus jednak przypuszcza, że istotne porażenia m. m. ocznych w tężcu są możliwe, a jako przykład takiego porażenia, wymienia wyżej opisany przypadek Zak'a, w którym również, jak w przypadku naszym, nie stwierdzono żadnych zboczeń w ułożeniu gałek ocznych. Trudno jednak zgodzić się z poglądem Salus'a, że w tym przypadku porażenie nie miało ścisłego związku z tężcem, a było raczej przypadkowym powikłaniem tegoż.

Badanie anatomopatologiczne przypadków tężca, powikłanego porażeniem n. n. czaszkowych, — a w szczególności n. twarzowego i nn. mięśni ocznych, — podane przez Kron'a, Neumann'a i Orzechowskiego, wykazuje zmiany, polegające na zwyrodnieniu tłuszczowym komórek nerwowych w odnośnych jądrach, następnie na chromatolizie oraz przesunięciu jąder ku obwodowi komórek. Zmiany te — wyraźne cechy rozpadu komórek — mogą być już uważane za dostateczną podstawę anatomiczną porażeń, spostrzeganych w tych przypadkach. Tu jednak podkreślić należy, że takie same zmiany ujawnione były również i w komórkach rogów przednich rdzenia, a to nietylko w tężcu doświadczalnym (Beck, Schantemesse - Marinesco, a zwłaszcza Goldscheider i Flatau), lecz i w tężcu u człowieka (Westphal, Stintring, Matthes i Sjowald), a wiadomo wszak, że mięśnie kończyn i kadłuba, odpowiadające odnośnym odcinkom rdzenia, są w przebiegu tężca u człowieka, dotkniętego kurczem, a nie porażeniem. Wyjątkowo tylko — zwraca na to uwagę Pochhamer (12) — niedowład występuje w przypadkach tężca pourazowego u człowieka w tej kończynie (dolnej), która uległa urazowi.

Pozostaje nam jeszcze rozważyć, dlaczego w tężcu porażenia mięśni występują względnie rzadko, a na pierwszy plan wysuwają się skurcze mięśni.

Jak wiadomo, sprawa zaczyna się zawsze od szczękości-

sku, uwarunkowanego stałym skurczem żwaczy oraz charakterystycznym wyrazem mimicznym „*risus sardonicus*", który wywołany jest skurczem m. okrężnego oka oraz marszczącego brwi (*corrugator supercilii*). Curling (1836 r.) podkreśla, że skurcz m. okrężnego oka jest dlatego tak silny, że antagonista jego m. unoszący powiekę górną (*levator palpebrae super*) jest zbyt słaby, ażeby mu przeciwdziałać. Również König, nieco później, wskazuje na znaczenie dla objawu „*risus sardonicus*" antagonistycznego ugrupowania mięśni; skurcz tych mięśni, które są najbardziej rozwinięte, zyskuje na skutek tego przewagę nad słabszemi mięśniami przeciwniczemi. Tak np. w górnej części twarzy skurcz mięśnia czołowego i okrężnego oka przeważa nad mięśniami, marszczącymi brew i mięśniem, unoszącym powiekę górną, to też czoło jest zmarszczone, a oczy nieco przymknięte. Zamknięcie oczu nie jest całkowite dlatego, że mięsień, unoszący powiekę, również znajdnje się w pewnym stanie skurczu. Również i szczękościsk dlatego występować ma tak wybitnie, że skurczowi żwaczy nie przeciwdziała żaden antagonista.

Co się tyczy m. m. ocznych, to mogą one być dotknięte zarówno skurczem, jak i porażeniem. Salus i Zupnik sądzą, że jest to zawsze tylko skurcz. Wydaje nam się, że klinicznie skurcz tych mięśni nie ujawnia się dlatego, że obejmuje w równej mierze wszystkie mięśnie, przyczym główną rolę odgrywają mięśnie proste, jako silnie rozwinięte, a mięśnie skośne znacznie słabsze mogą nie być brane tu w rachubę. Równomierny skurcz mięśni nie powoduje naruszenia równowagi gałki ocznej, a tylko w pewnej mierze wpływa na ograniczenie jej ruchów, to też objawy ze strony m. m. ocznych w tężcu są bardzo rzadkie. Jeszcze trudniej wytłomaczyć porażenie, naogół spostrzegane w tężcu znacznie rzadziej, aniżeli skurcze, a dotyczące mianowicie przedewszystkiem mięśni twarzy, a bardzo rzadko mięśni oczu. Być może, że do tych przypadków zastosować należy wyżej podaną hypotezę Pochhamer'a (12), który twierdzi, że skurczom w tężcu ulegają mięśnie, unerwiane przez nerwy mieszane, ruchowo-czuciowe, — porażeniom zaś te mięśnie tylko, które otrzymują unerwienie z nerwów czysto ruchowych, do których oczywiście należą n. twarzowy i n. n. mieśni ocznych.

W zakończeniu uważam za miły obowiązek podziękować ordynatorowi oddziału p. dr. Bregmanowi za pozostawienie mi materjału klinicznego oraz wskazówki cenne przy opracowaniu niniejszej pracy.

PIŚMIENNICTWO

1. R. Salus. Ueber Augenmuskelstörungen bei Tetanus. Klin. Monatsbl. f. Augenheilkund. 1911 str. 322—337.
2. H. Neumann. Der Kopftetanus Centralbl. f. d. Grenzgeb. der inner. Med. u. Chir. 1902, № 13.
3. Rose. Pitha Billroths Handb. d. Chir.
4. Birch-Hirchfeld. Graefe Saemisch Handb. str. 461.
5. Grenouw. Graefe Saemisch Handb.
6. Fromaget. Arch. d'Ophthalm. Tom. 14. № 11. 1894.
7. Kron. Korsak. Journal. f. Psychol. u. Neurol. II. 1906.
8. Schröter. Wiener Klin. Wochenschr. 1902.
9. Orzechowski. Deut. Zeitschr f. Nervenheilk. T. 37. 1909.
10. Friedländer und Mayer. Deut. Med. Woch. 1907
11. Zak Centralbl. f. inn. Med. № 44. 1904
12. Pochhamer. Der lokale Tetanus u. seine Entstehung. Deut. med. Woch. 1908.
13. Zupnik. Die Pathogenese d. Tetanus. Deut. med. Wochenschr. 1905.

Macica dwurożna — a ciąża.

Podali

H. Kerner i T. Rozenfeld

(Z oddziału ginekologicznego I-go dr. Henryka Altkaufera).

Jednym z najważniejszych zboczeń w rozwoju narządów rodnych kobiety jest zboczenie rozwojowe macicy i pochwy. Poznanie tych wad posiada przedewszystkiem wielkie znaczenie praktyczne. To też już w początkach zeszłego stulecia zaczęto poświęcać im więcej uwagi, a w piśmiennictwie zarówno naszym, jak i obcym, spotykamy odpowiednie spostrzeżenia. Meissner w 1842 r. podaje szczegółowy opis oraz sposoby rozpoznania tych zboczeń. Niektórzy usiłują nawet podać ich klasyfikację, opierając się na danych morfologicznych,

łecz dopiero, gdy, dzięki pracom Joh. Müllera, poznano dokładnie historję rozwoju narządów płciowych, możliwy się stał bardziej racjonalny podział tych zboczeń. Wreszcie, podwaliną klasyfikacji naukowej stały się tu prace Kussmaul'a i Fürst'a.

Wiemy, że narządy rodne kobiety powstają z przewodów Müllera, które zrastają się w swych częściach dolnych, tworzą kanał rodny, a ten następnie dopiero dzieli się poprzecznie na macicę i pochwę. Rozwój ten może być już w pierwszych miesiącach życia płodowego w rozmaity sposób zahamowany. Albo oba pierwotwory macicy, albo jeden tylko z nich, ulegają zanikowi zupełnemu, lub też, rozwijając się wprawdzie dalej, nie zrastają się na dostatecznej przestrzeni. Rozwój ten może być powstrzymany również przy dalszym rozwoju macicy.

Zależnie od tego, kiedy następuje zahamowanie prawidłowego rozwoju, otrzymujemy albo dwa rogi zupełnie samodzielne, dwie odrębne jednorożne macice (*uterus didelphys)*, albo też dwa rogi macicy, połączone między sobą szyjami, t. zw. macicę dwurożną (*uterus bicornis*). Szyja w tym ostatnim wypadku może posiadać dwa kanały — *uterus bicornis duplex* — lub też jeden — *uterus bicornis infra-simplex*. Przy najniższym stopniu tej wady rozwojowej, mamy do czynienia w środkowej części dna macicy z niewielkim wgłębieniem — macica łukowata (*uterus arcuatus*). Jako jeszcze jedną postać *uterus bicornis*, należy wymienić *uterus incudiformis*. W tym wypadku dno macicy jest płaskie, bez zwykłej wypukłości, powierzchnia macicy jest wyraźnie trójkątna, zewnętrzny jej wygląd przypomina kowadło. Obie części macicy dwurożnej nie zawsze są jednakowo rozwinięte. Przy zupełnym, a przynajmniej równomiernym rozwoju obu przewodów Müllera, narząd jest stosunkowo szerszy i krótszy, aniżeli, gdy mamy do czynienia z rozwojem jednego tylko przewodu.

Gdy podział na dwie połowy nie jest widoczny nazewnątrz, mamy wówczas do czynienia z t. zw. macicą dwujamistą, czyli przegrodzoną *(uterus bilocularis sive septus)*.

W macicy dwujamistej przegroda ciągnąć się może albo przez cały narząd, od dna aż do ujścia zewnętrznego, albo nawet przedłuża się i do pochwy. Najczęściej przegroda dochodzi do ujścia wewnętrznego albo też istnieje skórzasty

wyrostek, idący od dna do górnej części jamy macicznej; wreszcie, niekiedy, tworzy się tylko tasiemkowaty mostek między wargami ust macicznych.

Po stronie nieprawidłowo rozwiniętej części macicy często brak nerki lub moczowodu.

Radwańska[1]) podała opis rogu szczątkowego macicy dwurożnej, usuniętego u chorej, która posiadała jeszcze drugą wadę rozwojową, a mianowicie nerkę, pozostałą w miejscu rozwoju w życiu płodowym, t. j. w miednicy małej. Wada ta polegała na zahamowaniu wzrostu pramoczowodu, który powinien był rozwijać się ku górze, a rozszerzając się stopniowo w kanaliki, podnosić leżącą na nim, w kształcie czapeczki, tkankę nerkotwórczą. Momentem etjologicznym, warunkującym powstawanie rozdwojenia całej macicy albo też tylko jej części górnej, przynajmniej w niektórych przypadkach, jest nieprawidłowe położenie narządów obocznych. Najczęściej powoduje te zmiany dolny odcinek kiszki, znacznie nieraz przyciągnięty do przodu i przez to znajdujący się w tych razach między przewodami Müllera. Prócz tego, nierzadko przy *ut. bicornis* spostrzega się zdwojenie otrzewny w postaci więzu, idącego od prostnicy do pęcherza moczowego, między rogami macicy (*ligamentum recto- vesicale*).

Przypadki *uterus didelphys* spotyka się bardzo rzadko. Opis takiej niewątpliwej macicy znajdujemy w pracy Ollivier'a[2]).

Daleko częściej spostrzeganą wadą jest macica dwurożna. Jeden z takich przypadków mieliśmy właśnie możność obserwować na oddziale; opis jego dajemy w streszczeniu poniżej.

F. R. zamężna, 35 lat. przybyła do szpitala 20/XII. 22 r. w IX miesiącu ciąży. Przed ciążą i podczas niej czuła się zupełnie dobrze. Pierwsza miesiączka w 17-ym roku życia, obfita, niebolesna, trwająca 5 dni; następne według typu 28/4-5, również obfite i niebolesne. Za mąż wyszła przed 16 laty. W ciąży była 10 razy. Pierwszy raz urodziła w 8-ym miesiącu ciąży dziecko, które żyło 6 godzin. Drugie poroniła w 5-ym miesiącu, trzecie w 6-ym miesiącu, poczym macicę wyskrobano. Czwarte dziecko było donoszone; przed porodem lekarz zalecił chorej nie opuszczać łóż-

---

[1]) Przegląd Lekarski 1918.

[2]) Méemoires lus à la Société de biologie — 1870.

ka w przeciągu 6-u tygodni,—łożysko zostało ręcznie usunięte. Piąte poroniła w 6-ym miesiącu. Szóste — donoszone, poród o przebiegu normalnym, dziecko żyło dwa lata. Siódme — poród przedwczesny, w 8-ym mies., przebieg normalny, dziecko żyło 24 g. Ósme — donoszone, poród w położeniu pośladkowym, dziecko urodziło się martwe, przyczym chora czuła ruchy dziecka prawie do ostatniej chwili. Dziewiąte—rok temu, donoszone, położenie pośladkowe; ręczne usunięcie łożyska, dziecko martwe.

Obecnie ciąża dziesiąta z kolei. Żadnych chorób nie przechodziła. W płucach zmian nie stwierdzono. Granice serca prawidłowe, szmer skurczowy u wierzcholka.

Mocz bez zmian; stolce oddaje prawidłowo.

St. ob. Twarz sinawa, tkanka tłuszczowa bardzo rozwinięta, budowa dobra. Brzuch duży, okrągły. Przez powłoki brzuszne, pośrodku, między wyrostkiem mieczykowatym a pępkiem, wyczuwa się dno macicy; w niej po stronie prawej drobne części płodu. Wymiary miednicy prawidłowe. Tony płodu słychać wyraźnie między pępkiem i kolcem górnym. Badanie przez pochwę: szyja rozpulchniona, przepuszcza palec, lewe sklepienie wolne; przez prawe sklepienie wyczuwa się po stronie prawej, przy macicy, guz kształtu owalnego, miękkawy, ruchomy, wielkości półtorej pięści męskiej.

Rozpoznano: ciąża prawidłowa w IX miesiącu i torbiel jajnika prawego (?).

Ponieważ twór ten mógł stanowić poważną przeszkodę przy opuszczaniu się główki płodu, z drugiej zaś strony chorej zależało bardzo na żywym dziecku, postanowiono czekać aż do wystąpienia pierwszych bólów, aby dokonać następnie cięcia cesarskiego. Po 3-ch dniach wystąpiły pierwsze skurcze macicy i przystąpiono wówczas do wykonania *sectio caesarea classica)* (dr. Altkaufer). Z powodu wady serca (*endocarditis*) dokonano operacji w uśpieniu eterowym; przy próbach dawania chloroformu chora natychmiast siniała a krew na linji cięcia stawała się ciemną.

Po otwarciu jamy otrzewnej wyłoniła się macica o kształcie nieprawidłowym. Lewy brzeg macicy kształtu gruszkowatego, prawidłowego, przyczep więza obłego i prawidłowych przydatków po stronie lewej w miejscu zwykłym. Prawy brzeg macicy ścięty, prawych przydatków ani więza obłego we właściwym miejscu niema. Cięcie przeprowadzono mniej więcej przez środek dna na przedniej i tylnej ścianie macicy. Po przerwaniu pęcherza wydobyto żywe dziecko płci męskiej, które natychmiast zaczęło krzyczeć. Dziecko zupełnie dobrze rozwinięte. Po wyjęciu łożyska, macicę zamknięto szwem dwupiętrowym, poczym przystąpiono do odszukania „guza", wyczuwanego przez pochwę. W okolicy prawego dołu biodrowego znaleziono twór kształtu gruszkowatego, miękkawy, wielkości 3-miesięcznej ciąży, ruchomy. Po stronie prawej tworu, przypominającego macicę, znajdowały się zupełnie prawidłowe przydatki i więz obły. Twór okazał się szczątkowym rogiem macicy dwurożnej, na

której jednym rogu dokonano cięcia. Szczątkowy róg również nacięto, aby przekonać się, czy nie jest ciężarny, przyczym okazało się, że jama macicy była pusta. Brzegi cięcia zaszyto. Szczątkowej macicy nie odcięto, w obawie otworzenia pochwy, co mogłoby być niebezpieczne ze zwzględu na przebieg pooperacyjny. Sterylizacji nie dokonano, gdyż chora przed operacją wyraźnie się zastrzegła, aby nie pozbawiać jej możliwości zajścia. Brzuch zamknięto szwem 6-o piętrowym, Chora podczas operacji spała źle; silnie kasłała. Stan po operacji był pod względem chirurgicznym zupełnie dobry. Przebieg pooperacyjny powikłało jednak cierpienie psychiczne (stan manjakalno - depresyjny) i prawostronne zapalenie płuc. Cierpienia te jednak po kilku tygodniach przeszły dobrze. Rana zagoiła się prawidłowo.

Przypadek nasz zasługuje na uwagę z bardzo wielu względów.

Przedewszystkiem dlatego, że, mimo wady rozwojowej, przy której nastąpiło zwyrodnienie jednego z dwuch pierwotworów macicy, chora nie została pozbawiona możności zajścia. Zaznaczyć należy, że nie tylko róg dobrze rozwinięty, ale nawet niedorozwinięty, może stać się brzemiennym, o ile jest połączony kanałem z rogiem normalnym. W rogu dobrze sformowanym płód może się rozwijać prawidłowo, zupełnie jak w normalnej macicy; natomiast w nieukształtowanym rogu ciąża zwykle ulega przerwie w 3 — 6 miesiącu, o ile śmierć płodu nie nastąpi wcześniej. A więc, przy niedorozwoju jednego rogu macicy, kobieta może kolejno albo rodzić normalnie, albo ronić, zależnie od tego, w którym rogu rozwijała się ciąża (przypadek Bujalskiego [3]).

Nasze spostrzeżenie jest pod tym względem bardzo charakterystyczne, gdyż chora na 10 ciąż 5 razy poroniła lub przedwcześnie rodziła. Co do częstości poronień lub przedwczesnych porodów, to Boni podaje 1 przyp. na 3,3 ciąż; Dunning określa liczbę przypadków przerwania ciąży na 23,6%; Pfannenstiehl na 26 przypadków zapłodnień przy *ut. didelphys* miał 11 poronień, wzgl. przedwczesnych porodów.

Przyczyną tego upośledzenia jest ścieńczenie mięśni rogów macicznych, jak podkreślał już Rokitańsky. Ścieńczenie to dotyczy głównie trzonu macicy, a rozrastające się jaje ścieńcza mięśnie

---

[3]) Anatomopatologiczeskoje opisanie dwojnoj matki, iz koich każdaja w raznoje wremia była beremenna.—Petersburg.

jeszcze bardziej. Oker-Blown [4]) opisuje przypadek *ut. bicornis separatus*, w którym z dziewięciu ciąż—pięć rozwijało się w prawym rogu, a 4 w lewym. Lewy róg był mniejszy i wszystkie ciąże, które w nim powstały, kończyły się przedcześnie, podczas gdy ciąże w prawym rogu w trzech przypadkach były donoszone. Ścieńczenie to bywa tak daleko posunięte, że przy dalszym rozwoju ciąży może nastąpić pęknięcie macicy. Przypadki takie opisali Rokitańsky, Moldenhauer, Weil i inni. Ciekawe spostrzeżenie podaje Winter [5]): w 3 tygodnie po urodzeniu się płodu z lewego rogu *uteri bicornis bicollis*, wynicowany róg znajdował się w pochwie i był pęknięty na całej swojej wewnętrznej powierzchni, poczynając od dna aż do połączenia z drugim rogiem, a w otworze można było wyczuć palcem trąbkę i jajnik. Oprócz tego spostrzegano jeszcze bardzo wiele innych powikłań z powodu tej wady rozwojowej.

Winckel, Eisenhard, Rektorzyk opisują powikłania, wynikłe nie tylko z powodu słabo rozwiniętej warstwy mięśniowej macicy, ale również z powodu nieprawidłowego jej umiejscowienia przy *ut bicornis*. Do niezwykle rzadkich zaliczyć należy przypadek, w którym róg ciężarnej macicy znaleziono w przepuklinie pachwinowej.

Pozatym znane są jeszcze przypadki, w których znajdowano ciężarny róg macicy w małej miednicy; róg ten wywoływał objawy uwięźnięcia ciężarnej macicy (przyp. A. Senft'a [6]).

W przypadkach macicy dwujamistej również i sama przegroda może być przeszkodą przy porodzie. Znany jest z piśmiennictwa ciekawy przypadek, opisany przez Halban'a [7]), gdy płód urodził się przez szyję nieciężarnego rogu. W przypadku tym główka płodu, z powodu silnie wyrażonej dwurożności, przyciśnięta była do przegrody. Ponieważ przegroda była bardzo cienka, wskutek ucisku, wywołanego przez główkę płodu, wytworzył się w niej otwór, przez który nastąpił poród. Niezwykłej wagi są tu niewątpliwie powikłania

---

[4]) Centr. für Geburtsh: und Gyn. 1899. № 35.
[5]) Lehrbuch der Gynäk. Diagn. Leipzig 1896.
[6]) Zeitschr für ärtzl. Landpraxis Frankfurt a Mein 1893.
[7]) Arch. fur Gynak. 59 tom.

porodowe w przypadkach macicy dwurożnej. Zagadnieniem jednak ważniejszym i jeszcze bardziej ciekawym jest samo rozpoznanie tej wady rozwojowej. Przy stanie normalnym macicy takiej, rozpoznanie jest względnie łatwe.

Na myśl o nieprawidłowym rozwoju narządów rodnych naprowadza nieprawidłowe miesiączkowanie (każdy róg może miesiączkować oddzielnie), znalezienie zupełnej lub częściowej przegrody w pochwie. Gdy znajdujemy część pochwową w każdym ze sklepień pochwy, macica jest prawie zawsze przedzielona, co jednak nie jest jeszcze dowodem, że przegroda dochodzi aż do jej dna. W tych razach dopiero badanie za pomocą zgłębnika, zewnętrzny kształt narządu przy badaniu przez powłoki brzuszne, jak również badanie przez odbytnicę, są w stanie łącznie stwierdzić istnienie macicy podwójnej. Jak daleko niekiedy rozpoznanie tej wady rozwojowej jest utrudnione, świadczy przypadek podany przez Rosnera, [8]) gdy u pacjentki badanej i łeczonej niejednokrotnie w przeciągu 15 lat w klinice i oddziałach szpitalnych, rozpoznawano krwiak zamaciczny (haematocorele retrouterina), który jakoby po pewnym czasie znikał. Dopiero po 16 latach, gdy pacjentka została zbadana w uśpieniu, stwierdzono macicę dwurożną. Podczas operacji brzusznej rozpoznanie potwierdziło się w zupełności. Okazało się, że w jednym z rogów wytworzył się krwiak śródmaciczny, który później uległ zropieniu.

Solman [9]) podaje opis przypadku, w którym z powodu wygładzenia jednej części pochwowej macicy oraz zarośnięcia zewnętrznego jej ujścia, nie bylo można przypuszczać istnienia drugiej macicy i postawiono mylne rozpoznanie ciąży zewnątrzmacicznej.

Antecki [10]) podaje przypadek, w którym stwierdził w jamie brzusznej guz gładki, sięgający wyżej pępka. Z przodu i ze strony lewej guza udało się wyraźnie wyczuć małą macicę, która, zdawało się, nie ma z nim związku. Ponieważ wywiady wskazywały na możliwość ciąży, a przy badaniu nie można było wyczuć części płodu, A. zalecił prześwietle-

---

[8]) Rocznik Tow. Ginek. Krak. 1897.

[9]) Medycyna 1893.

[10]) Przegląd Chirurg. i Ginek. T. VI. 1912 r.

nie promieniami Roentgena; na rentgenogramie wyraźnie zarysowały się części płodu. Dokonano cięcia brzusznego i stwierdzono, że była to ciąża w komorze szczątkowej macicy dwukomorowej.

W przypadku Świtalskiego [11])—gdy u 32-letniej wieloródki podejrzewano włókniak podsurowiczy — okazało się po porodzie, że była to macica dwurożna.

Rozpoznanie staje się jeszcze bardziej utrudnione, gdy jeden z rogów jest ciężarny, a szczególniej gdy to dotyczy rodu dodatkowego. Najbardziej wykwalifikowani specjaliści popełniali tu błędy rozpoznawcze. Kussmaul np. brał często podobne ciąże za ciąże zewnątrzmaciczne, jajowodowe albo śródmiąższowe.

Glockner [12]) przedstawił przypadek, w którym dokonano operacji z powodu graviditas extrauterina, a okazało się, że był to ciężarny dodatkowy róg maciczny.

Przy omawianych zboczeniach rozwojowych macicy decydujące znaczenie posiada szypuła, za pomocą której macica połączona jest z ciężarnym rogiem dodatkowym. Najłatwiej szypułę tę można wyczuć przy badaniu przez odbytnicę. Leopold [13]) zwrócił również uwagę na jej długość.

Pfannenstiehl [14]) uważa, że przy postawieniu rozpoznania odgrywa rolę ustalenie, w jakim kierunku idzie więz obły, gdyż lig. rotundum wobec tego, że macica ciężarna przechyla się ku przodowi, zbliżone jest do linji środkowej, a przebiega od macicy pionowo do kanału pachwinowego.

Halban [15]) sądzi, że przy rozpoznawaniu wad macicy większe znaczenie posiada lig. vesico-rectale, które łączy pęcherz moczowy z miejscem rozdziału macic; napina się ono w miarę powiększania się ciężarnej macicy i wyczuwa potym w postaci wyraźnego powrózka. O ile więc przy badaniu zewnętrznym wyczuć się daje taki powrózek, to należy myśleć o lig. vesico-rectale i o macicy dwurożnej.

---

[11]) Rocznik Tow. Ginek. Krak. Zeszyt VI.
[12]) Posiedzenie 6-V 1901 w Kiel. Centr. f. Gyn. u. Geb. 1901 № 14.
[13]) Centr. f. Gyn. und Geb. 1882.
[14]) Festschr d. Deutsch Gesellsch: f. Gyn. 1894
[15]) Archir für Gyn. LIX. 1-

Wreszcie musimy dodać, że zauważono, iż wady rozwojowe macicy idą w parze z szeroką budową szkieletu. Głównie rzuca się w oczy szerokość twarzy, klatki pierslowej i miednicy. Holzapfel [16]) podaje szczegółowe wymiary takiej pacjentki z uterus didelphys.

Ciekawy przypadek zboczenia przedstawił ostatnio Bryndza-Nacki w Warsz. Tow. Ginek. W spostrzeżeniu jego róg dodatkowy był połączony z macicą za pomocą długiego sznurka tak, że przy badaniu przedstawiał się zupełnie jak torbiel jajnika. Rozpoznanie postawiono dopiero po dokonaniu cięcia brzusznego. Po omówieniu rozpoznania i powikłań, wynikających z powodu wady rozwojowej macicy, przejdźmy do omówienia w zarysie metod leczniczych.

Przy wyborze sposobu leczenia wad rozwojowych zasadniczo najsłuszniejszym winno być dążenie do przywrócenia warunków, o ile to tylko jest możliwe, zbliżonych do normalnych anatomicznych.

Strassmann już w roku 1903 na Kongresie ginekologicznym w Würzburgu zaproponował połączenie drogą operacji obu jam macicznych.

Ostatnio Eymer [17]) opisał dwa przypadki macicy dwurożnej, które operował wspomnianym sposobęm. W przypadkach tych, po zespoleniu obu rogów macicznych (wycięcie septum), otrzymał macicę o zupełnie normalnym wyglądzie. Obie pacjentki, z których jedna cierpiała na nieustające krwawienia, a druga na bardzo silne bóle, zostały po operacji zupełnie wyleczone.

Ruge[18]) opisał przypadek wycięcia przegrody macicy dwurożnej u kobiety, która dwa razy poroniła; chora ta wkrótce potym zaszła i urodziła prawidłowo.

Jest rzeczą zupełnie jasną, że należy mieć ścisłe wskazania, aby wykonywać tak radykalne zabiegi. Następnie, bardzo często należy nader rozważnie wybierać zabieg, zależnie od przebiegu klinicznego i wyłaniających się powikłań. Zasadniczo nie różnią się one jednak od tych, jakie stosujemy, gdy

---

[16]) Centr. f. Gyn. № 38, 1893.

[17]) Z kliniki gin. w Heidelbergu 23 r. Zentr. f. gyn. 23, № 32.

[18]) Zeitschr f. Gyn. u. Geb. t. X.

powikłania występują przy zupełnie normalnych narządach rodnych.

Tak więc, w przypadkach podwójnego narządu rodnego, gdy występuje niedrożność szyi macicy lub górnego odcinka pochwy, a następstwem się staje nagromadzenie krwi miesiączkowej w macicy i później w jajowodach (haematometra et haematosalpinx), należy powikłanie drogą operacji usunąć. Operować można albo przez pochwę, albo drogą brzuszną. Gdy krew gromadzi się w macicy, robimy hysterotomię przez pochwę, o ile zaś krew znajduje się już w jajowodach, wtedy należy dokonać cięcia brzusznego. Szczegółowo opisał taki przypadek Zubrzycki [19]). Podczas porodu musimy również przystosować postępowanie do występujących powikłań. Przeszkodą tu może być więc róg nieciężarny, gdy zajmuje kanał małej miednicy; należy go tedy z niej wyprowadzić. Zazwyczaj udaje się to stosunkowo łatwo (Benicke, Engel i inni). Bywają jednak przypadki, w których zabieg ten jest bezowocny; wówczas należy dokonać cięcia cesarskiego (Braun). Niekiedy przegroda szyi albo pochwy może również przeszkadzać przy przejściu płodu; musi być ona wtedy usunięta drogą operacji. W przypadkach ciąży w rogu dodatkowym jedynie wskazane jest cięcie brzuszne.

Dotychczas znamy w piśmiennictwie tylko jeden przypadek, gdy poród w ciąży w rogu dodatkowym odbył się przez pochwę. Przytoczony przypadek przedstawił Werth [20]) na posiedzeniu Tow. Fizjol. w Kielu.

Zabieg, który należy wykonać w omówionych przypadkach, znany jest pod nazwą: semiamputatio cornu minorum ut. bicornis gravidi podług Sängera. Autor zaleca zwrócić specjalna uwagę przy dokonywaniu tej operacji na zatamowanie krwotoku w miejscu, gdzie łączą się macice. Kehrer [21]) podaje, że na 45 cięć brzusznych, dokonanych podczas ciąży w rogu dodatkowym, miał wyniki następujące: w 39 przyp. t. j. w 86% wynik był dobry, 4 razy wystąpiło po zabiegu zapale-

---

[19]) Przegląd Lek. 1917.

[20]) Münchener med. Woch. 1901 № 38.

[21]) Das Nebenhorn d. Dop. uter. Inaugural Dissert: Heidelberg 1898.

nie otrzewnej, 2 razy nastąpiła śmierć z powodu krwotoku wewnętrznego.

Wyniki te są więc bardzo zachęcające, jeżeli wziąć pod uwagę, że zazwyczaj śmiertelność z powodu ciąży w rogu dodatkowym dochodzi do 85% na skutek krwawienia wewnętrznego (analogja z ciążą zewnątrzmaciczną).

Z ODDZIAŁU DLA CHORÓB SKÓRNYCH I WENERYCZNYCH.
ORD. ST. MARKUSFELD.

O leczeniu łuszczycy (Psoriasis vulgaris) dożylnymi zastrzykami salicylanu sodu).

Podał

J. Merenlender,
Asystent Oddziału.

(Streszczenie odczytu, wygłoszonego dn. 14 września 1923 r. i uzupełnionego pokazem chorych).

Liczne teorje o pochodzeniu łuszczycy nie tłumaczą przyczyny tego cierpienia, oświetlają zaledwie niektóre objawy, towarzyszące tej chorobie, a wyjaśniają w nieznacznym stopniu tylko jej patogenezę.

Poza teorjami o nerwowym pochodzeniu łuszczycy, gruźliczym („*toxi-infection tuberculeuse*“ autorów francuskich), łączności jej z zaburzeniami w przemianie materji (*toxaemia* Rhec'a) i teorja pasorzytnicza ostać się dziś jeszcze nie może, gdyż poszukiwania rzekomych zarazków łuszczycy, nie wyłączając *Spirochaete sporagonae* (Rasck—1920 r.), dotąd się jeszcze nie sprawdziły. Najwięcej pociągającemi i prawdopodobnie najsłuszniejszemi wydają się: teorja łączności łuszczycy z zaburzeniami czynności gruczołów dokrewnych, oraz teorja ustrojowa—o swoistej, patologicznej skłonności odczynowej skóry. Usposobienie to jest wrodzone i dziedziczne; według R. Bernhardt'a występuje ono w 44% przypadków i częściej w linjach bocznych. Dziedziczną tu jest jakość patologiczna tkanek, pozostająca do czasu w stanie utajonym, pod postacią

ukrytej energji. A dopiero w pewnym momencie sprzyjającym, pod wpływem zewnętrznych lub wewnętrznych bodźców, sprawa patologiczna przechodzi w stan czynny. Samberger ostatnio mówi już o „skazie parakeratotycznej“.

Leczenie łuszczycy maściami i promieniami Roentgen'a (również i naświetlanie grasicy, rzekomo odgrywającej pewną rolę w powstawaniu łuszczycy) nie dało, jak dotąd, dobrych wyników, gdyż nie chroni przed nawrotami. To też ostatnio rozpoczęto próby stosowania innych metod leczenia (lek Bory'ego, krysolgan i t. d.) z równie małozadowalającemi wynikami.

Wobec tego godnemi zainteresowania okazały się próby Sachs'a, który w 1921 r. rozpoczął zastrzykiwania dożylne 20% rozczynu salicylanu sodu [1]) w dawkach po 2—3—4 gram., łącznie do 28 gram. Stosując tak lek ten, otrzymywał bardzo dobre wyniki, wyłącznie jednak w przebiegu łuszczycy ostrej i bez leczenia miejscowego.

Hübner zmodyfikował to postępowanie o tyle, że obok takich samych zastrzykiwań stosował $^1/_4$ — $^1/_2$% maść chryzarobinową. Postępowanie takie dawało dobre wyniki zarówno w łuszczycy ostrej, jak i przewlekłej, a wyleczenie było osiągnięte przeciętnie w ciągu 4 — 6 tygodni.

Ta skombinowana metoda chryzarobinowo-salicylowa ma polegać na uczuleniu skóry. Hübner objaśnia mechanizm tego leczenia w następujący sposób: a) albo w naczyniach włoskowatych skóry krąży salicylan i działa keratolitycznie, przez co ułatwia naskórnie stosowanej chryzarobinie dostęp do ogniska łuszczycowego, albo też b) przez łączne zbieżne działanie obu leków w ognisku chorobowym powstaje nowe połączenie, które *in situ nascendi* silnie drażni skórę i działa przeciwłuszczycowo analogicznie, jak to widujemy przy jodochininowej metodzie leczenia wilka rumieniowatego według Hollaender'a.

Wyniki leczenia zastrzykami dożylnemi salicylanu sodu, otrzymane na oddziale dra Markusfelda, przedstawiają się w następujący sposób. Leczono 18 chorych — 3 mężczyzn i 15 ko-

---

[1]) Wychodząc z założenia, że kwas salicylowy, zewnętrznie stosowany, wywołuje oddzielanie się naskórka (działanie keratolityczne).

biet, w wieku od 13 do 60 lat—5 stałych i 13 ambulatoryjnych. 4-ch miało łuszczycę ostrą, pozostali—przewlekłą. We wszystkich przypadkach była łuszczyca rozsiana i zajmowała prawie połowę powierzchni skóry. U chorych tych wykonano do 200 dożylnych zastrzyków; nie były one nigdy bolesne i nie wywoływały żadnych działań ubocznych, zwykłych przy stosowaniu dużych dawek salicylu. Serce i mocz badano przed, podczas i po leczeniu.

U 60% chorych ciepłota podnosiła się w dniu wykonania zabiegu mniej więcej o pół stopnia. Odczynów ogniskowych nie spostrzegano.

I grupa, składająca się z 13-tu chorych (w tym 3 przypadki łuszczycy ostrej i 10 przewlekłej), była leczona 10 — 15 zastrzykami 20 i 40% rozczynu salicylanu sodu w odstępach 2 — 3 dniowych. Kolejność koncentracji leku była następująca: I zastrzyk 5 ccm. 20% rozczynu, II—8 ccm. 20%, III—10 ccm. 20%, IV—5 ccm. 40%, V — 10 ccm. 40%. Ostatnia dawka, t. j. 10 ccm. 40%-go rozczynu salicylanu sodu, powtarzana była do ew. ustąpienia wykwitów, następnie stosowana przez kilka tygodni raz tygodniowo, jako zapobieganie przed nawrotem. Jednocześnie była miejscowo stosowana w początku $^1/_4$%, a po 10 dniach $^1/_2$% maść chryzarobinowa aż do ustąpienia wykwitów.

„Wybielanie“ (zblednięcie wykwitów, początek wessania) występowało po 5—10 zastrzykach, najpóźniej w trzecim tygodniu.

Wyleczenie nastąpiło a) w 2-ch przypadkach łuszczycy ostrej w ciągu 20 dni po 6—7 zastrzykach, b) w 5-ciu przypadkach (1 łuszczyca ostra i 4 przewlekłe) przeciętnie w ciągu 5 tygodni po 9 — 12 zastrzykach.

Wybitna poprawa nastąpiła w 3-ch przypadkach łuszczycy przewlekłej po 8 zastrzykach; jednakowoż zupełnego wyleczenia u tych chorych nie osiągnięto.

Zaprzestano leczenia natomiast u 3-ch chorych (po 4—6 zastrzykach) z powodów technicznych, gdyż światło żył się zwężało (prawdopodobnie wskutek zakrzepowego zapalenia żył, spowodowanego miejscowym działaniem zabiegu).

W jednym z szybko wyleczonych przypadków nastąpił po 2ch miesiącach nawrót, ale tylko pod dostacią 2—3-ch małych blaszek łuszczycowych na klatce piersiowej; u tej chorej łuszczyca (ostra) była przed rozpoczęciem leczenia rozsiana prawie po całym ciele. Pod wpływem 3-ch dalszych zastrzyków salicylanu sodu i te nawroty znikły.

Druga grupa, składająca się z 5-u chorych — (łuszczyca ostra i 4 przewlekłe) — była leczona wyłącznie zastrzykami salicylanu sodu (takież dawkowanie, jak w pierwszej grupie), lecz bez

miejscowego stosowania chryzarobinowej maści. U chorych zastosowano przeciętnie po 6 zastrzyków, lecz bez żadnego wyniku: wykwity pozostały bez zmiany.

Na podstawie powyższych wyników dochodzimy do wniosku, że w przypadkach łuszczycy ostrej leczenie salicylowo-chryzarobinowe szybko i skutecznie działa na wykwity łuszczycowe; w przypadkach przewlekłych metoda ta warta jest próby, gdyż czasami doprowadza do celu. Natomiast stosowanie wyłącznie zastrzyków, bez miejscowego leczenia, jest bezskuteczne.

Dalsze spostrzeżenia pozwolą niebawem dać bardziej krytyczną ocenę skuteczności tego nowego sposobu leczenia łuszczycy.

Yatren-Kazeina, jako środek leczniczy w gorączce połogowej oraz jej powikłaniach.

Podali

J. Finkelkraut i L. Goldman

Z oddziału ginekologicznego I. dra Henryka Altkaufera.
(Pododział E — dla chorób połogowych).

Sprawa leczenia gorączki połogowej w ciągu ostatnich lat ulega ciągłym zmianom, a do terapji tej choroby są wprowadzane wciąż nowe środki. Przyczynę tego należy upatrywać przedewszystkiem w rozbieżności zapatrywań na skuteczność istotną wyników, osiągniętych przez stosowanie różnych leków. Ostatnio, dzięki coraz silniejszemu rozwojowi podstaw biologicznych w lecznictwie, a w związku z tym i bakterjologji, terapja swoista szczepionkami i surowicami oraz nieswoista, bodźcowa — t. zw. proteinoterapja — zajęły w lecznictwie zakażenia połogowego miejsce naczelne. To też zajęcie się i u nas sprawą ustalenia racjonalnej terapji gorączki połogowej, zwłaszcza w zakładach użyteczności publicznej, zdaje się być zupełnie usprawiedliwione. W pismach zagranicznych nadal spotykamy się często z pracami, poświęconemi badaniom skuteczności i działaniu rozmaitych środków nowszych, stosową-

nych w tej chorobie. W Niemczech nprz. niedawno zaczęto bardzo szeroko stosować preparat pod nazwą Yatren-Kazeiny Behring'a.

Yatren sam jest przetworem, zbliżonym do jodoformu, ma własności antyseptyczne i sprzyja bujaniu ziarniny. Lek ten odkażający, znany już dość dawno, stosowany był albo w postaci proszku do zasypywania ran, albo też—w postaci płynu do płukania przewodu pokarmowego w rozmaitych schorzeniach jelit (czerwonka pełzakowa). Yatren zaś w połączeniu z kazeiną, jako środek nieswoisty — bodźcowy, o składzie chemicznym, niżej wskazanym, dopiero niedawno zdobył sobie prawo obywatelstwa w lecznictwie niemieckim. U nas, o ile nam wiadomo, dotychczas nie był prawie nigdzie stosowany. Cały szereg prac niemieckich, jak Bier'a, Zimmer'a, Abel'a, Nussbaum'a, Kindt'a, skłonił nas do rozpoczęcia leczenia tym przetworem gorączki połogowej oraz tych schorzeń, które często z natury rzeczy stają się jej powikłaniem (zapalenie przymaciczne).

Yatren-Kazeinę wprowadziliśmy do terapji naszego oddziału szczególnie dlatego, że wyniki, osiągnięte przez stosowanie innych środków leczniczych obronnych i bodźcowych, jak mleko, autoszczepionki, propidon Spiessa, szczepionka Delbeta (Klawego), argochrom, były dotąd naogół bardzo nikłe. Skład chemiczny Yatren-Kazeiny jest następujący: kazeina + jodu 5 części, oxychinoliny 8 części i kwasu sulfonowego 7 części. Przetwór ten, gdy go stosować w odpowiednich dawkach, nie wywołuje objawów zatrucia jodem, gdyż jod tego preparatu nie wiąże się z białkiem tkanek, a z powodu swej łatwej rozpuszczalności przenika szybko do tkanek i jednocześnie nie niszczy ich wcale. Lek ten nie wywołuje żadnych objawów ubocznych ani w postaci wysypek, zgorzeli, ani ujemnego działania na serce, nerki i zostaje wydalony z organizmu w stanie niezmienionym. Łatwo więc wykryć go w moczu, co też było niejednokrotnie przez nas sprawdzane. Dzięki takiemu działaniu oraz własnościom bakterjobójczym i bodźcowym, Yatren-Kazeinę słusznie należy uważać, jako jeden z lepszych preparatów jodowych. Wskazane wyżej własności yatren-kazeiny, zostały sprawdzone przez Bischoff'a, Dietrich'a, Pfeiler'a oraz w szeregu badań instytutu farmakologicznego

uniwersytetu w Würzburgu. Aczkolwiek liczba naszych spostrzeżeń, z powodu zbyt krótkiego czasu stosowania Yatren-Kazeiny, odnosi się zaledwie do kilku leczonych tym lekiem przypadków, zdecydowaliśmy się jednak na podanie naszych spostrzeżeń ze względu na osiągnięte stosunkowo szybko dobre wyniki leczenia tego najcięższego schorzenia okresu połogowego.

Przy stosowaniu tego środka zwracaliśmy uwagę na:

1) odczyn w miejscu zastrzyknięcia leku;

2) odczyn ogniskowy w miejscu schorzenia (zapal. przymacicza);

3) odczyn ogólny.

Pozatym badaliśmy przed i po wykonaniu zastrzyku Yatren-Kazeiny krew na leukocytozę i sprawdzaliśmy wyniki leczenia i wahania w przebiegu klinicznym cierpienia, badając również szybkość opadania krwinek (objaw Biernackiego) metodą Linzenmeier'a. Yatren-Kazeinę stosowaliśmy przeważnie domięśniowo, w pośladki albo też i dożylnie. W żadnym z naszych przypadków nie zauważyliśmy jakiegokolwiek odczynu miejscowego ani w postaci nacieczenia, ani też bolesności. W sprawach wysiękowych przydatków i przymacicza odczyn ogniskowy ujawniał się w miejscu źródła schorzenia w postaci nieznacznego wzmożenia się bolesności w ciągu pierwszej doby po zastrzyknięciu, poczym w ognisku schorzenia zaczynało się b. szybkie zmniejszanie wymiarów guza zapalnego. Niektóre, bardzo duże guzy okołomaciczne, zanikały zupełnie już po kilku zastrzykiwaniach, w okresie czasu stosunkowo krótkim, gdyż zaledwie w ciągu dni kilkunastu, jak to miało miejsce w 7-ym i 8-ym spostrzeżeniu naszym.

Wyrazem odczynu ogólnego było właściwie tylko wzniesienie się ciepłoty od kilku dziesiątych do jednego stopnia; innych ogólnych objawów w obrazie klinicznym, jak dotąd, nie obserwowaliśmy. O ile jednak wystąpić mogą jakie uboczne objawy w niektórych przypadkach przy stosowaniu Yatren-Kazeiny, to zależne są one niewątpliwie od nieoględnego dawkowania, które, o czym należy pamiętać, powinny być w każdym poszczególnym przypadku indywidualizowane.

W przypadkach naszych zaczynaliśmy od zastrzykiwania 1 ccm. Yatren-Kazeiny słabej albo — od 0,5 ccm. moc-

nej. (Rozczyn słabej Y.-K. zawiera 2,5% Yatrenu + 2,5% Kazeiny, a rozczyn zaś mocny—2,5% Yatrenu + 5% Kazeiny). Stosowaliśmy zastrzykiwania co drugi dzień; zwiększając dawkę o 1 ccm. roztworu słabego, dochodziliśmy najwyżej do 3,5 ctm. mocnego. Przeciętna liczba zastrzykiwań nie przekraczała dziesięciu. Jeśli odczyn ogólny po zastrzykiwaniu był silny, t.j., ciepłota podniosła się więcej niż o cały stopień, to przy następnym wstrzykiwaniu nie powiększaliśmy już dawki. Staraliśmy się też przy dawkowaniu — zgodnie z prawem biologicznym Arndt — Schulze'go — nie przekroczyć tak zwanego optimum (*optimale Reizdosis)* dawki uczulającej, bodźcowej. Dawka ta nie jest bynajmniej jednostką stałą, lecz zależną od indywidualnych cech chorego organizmu, i dlatego konieczne jest oględne postępowanie przy stosowaniu Yatren-Kareiny. Prawie we wszystkich przypadkach zwiększała się ilość bialych ciałek krwi; objaw Biernackiego braliśmy również pod uwagę, lecz zawsze z pewnym zastrzeżeniem, z powodu zależności szybkości zjawiska opadania krwinek od stanu krwi (zawartości hemoglobiny, ilości czerwonych krążków i t. d.), ciepłoty ciała chorej oraz od znacznego niewątpliwie wpływu samego przetworu. Sprawdzaliśmy objaw Biernackiego zaraz po przybyciu chorej na oddział oraz w kilka dni po ostatnim zastrzykiwaniu. Doświadczenie, w ten sposób zdobyte, wskazało nam, że zmniejszona szybkość opadania krwinek jest dowodem, że stan zapalny wygasa, co też zwykle istotnie dało się potwierdzić za pomocą innych sposobów badania. Oprócz zastrzykiwania Yatren-Kazeiny stosowaliśmy równolegle środki nasercowe (kamforę, kofeinę, digalen), a gdzie było wskazane, lód miejscowo.

Poniżej podajemy w krótkości kilka odpowiednich spostrzeżeń klinicznych.

1. M. A. lat 26, pierwiastka. 1/II 24 poród samoistny, 2/II — dreszcze, gorączka; przybyła na oddział — 17/II 24. Ciepłota 38,6°; tętno 100, miarowe. Badanie oburęczne: macica duża, wielkości 3-miesięcznej ciąży; przymacicza i przydatki wolne; 19 i 20/II — znowu dreszcze. Pierwsze zastrzykiwanie Y-K. 21/II 24. Ciepłota opadła do normy 28/II. Chora otrzymała w okresie tego czasu cztery zastrzykiwania. (1 ctm. Y-K. słabej; 2 ctm. Y-K. słab; 1 ctm. Y-K. mocnej; 1,5 ctm. Y-K. mocn.). Ilość białych c. kr. — po pierwszym zastrzykiwaniu — podniosła się

z 5400 do 6900. Linzenmeier w dniu przybycia 25', w dniu wypisania 50'. Wypisana 5/III 24 zupełnie zdrowa.

2. K. H. lat 24, pierwiastka. 16/II 24 poród; 20/II — dreszcze, ciepłota—40°C. 2/III 24 przybyła na oddział; ciepłota 39,4°C. tętno 80, drobne, niemiarowe. Macica wielkości 8-o tygodniowej ciąży; przymacicza i przydatki wolne. Wydzielina z pochwy krwista, bez zapachu. 3/III — pierwsze zastrzykiwanie. Ciepłota do normy opadła dopiero 15/III 24. Chora otrzymała siedem zastrzykiwań Y-K. (Y-K. od 1 ctm. słab. do 2,5 Y-K. mocnej). Leukocytoza z 5000—6500. Linzenmeier w dniu przybycia 18' a w dniu wypisania 35'. Zupełnie zdrowa wypisana ją 24/III 24.

3. C. J. lat 30, pierwiastka. 10/I 24 — poród; 20/I — dreszcze i gorączka. 22/I 24 przybyła na oddział. Ciepłota 39,6°C; dreszcze; tętno 115, drobne, małonapięte. Samopoczucie złe. Macica na 3 palce ponad spojeniem łonowym, miękka; przymacicza i przydatki wolne, pęknięcie krocza drugiego stopnia. Wydzielina z pochwy ropiasta, bez zapachu. Pierwsze zastrzykiwanie 22/I. Ciepłota do 29/I trzymała się powyżej 38°C. 30/I 24 zaczęła opadać do normy. Chora otrzymała do tego czasu 4 zastrzyknięcia J. K. dożylnie (2,5 ctm. J. K. mocn., 2 cm. J. K. słab. 2 ctm. J. K. słabe, 1 ctm. J. K. mocn.) W przeciągu 9 następnych dni ciepłota normalna. 8/II 24 znów dreszcze, ciepłota podniosła się do 39,4° i trwała z wahaniem do 11/II 24. Zastosowano w tym czasie od 8—11/II 24 jeszcze dwa zastrzykiwania (2 ctm. J, K. mocn. i 2,5 J. K. mocn. domięśniowo). 12/II 24 ciepłota do normy. 18/II 24 wypisana zupełnie zdrowa. Leukocytoza po pierwszym zastrzykiwaniu podniosła się z 8000 do 13000. Linzenmeier z 17 minut do 70 minut w dniu wypisania chorej.

4. F. R. lat 34, wieloródka (6 poród), 1/III 24 poród samoistny. 7/III dreszcze i gorączka. 16/III przybyła na oddział. Ciepłota 37,8°, tętno 120; drobne. Samopoczucie złe. Macica powiększona, wielkości 2 miesięcznej ciąży, przymacicza i przydatki wolne. Pierwsze zastrzykiwanie 16/III 24. Ciepłota powyżej normy trzymała się do 23/III 24. Chorej zrobiono 4 zastrzykiwania (0,5 J. K. mocn. 1 ctm. J. K. mocn. 1,5 ctm. J. K. mocn. i 2 ctm. J. K. mocn.) Leukocytoza z 4700 do 6400. Linzenmeier z 26 minut do 48 minut. Wypisana 29/III 24 zupełnie zdrowa.

5. Sz. H. lat 24, pierwiastka, 7/III 24 poród samoistny. 9/III 24 dreszcze — gorączka. 15/III 24 przybyła na oddział. Ciepłota 38,6°, tętno 120, drobne, szybkie, samopoczucie złe. Biegunka. Macica na 3 palce poniżej pępka, bolesnosność w obu dołach biodrowych. Pęknięcie krocza 2 stopnia. 20/III 24 zaczerwienienie, rozszerzające się stale w okolicy warg większych, krocza, ud i pachwin z wyraźnym odgraniczeniem (Róża). 24/III ogniska zapalenia płuc odoskrzelowe w dolnych płatach. Ciepłota przez cały czas — 38°—39°. 15/III 24 pierwsze zastrzykiwanie; wszystkiego wykonano 8 zastrzykiwań (od 1 ctm. J. K. słab. do 3 ctm. J. K. mocn.)

Dwukrotnie badano krew na posiewach — bez wyniku. 3 ostatnie zastrzykiwania J. K. połączono z propidonem Spiessa. Już po pierwszych zastrzykiwaniach spostrzeżono, że liczba białych krwinek nie zwiększała się (z 7340 przed do 6000 po zastrzykiwaniu) Linzenmeier 12 minut. Chora niebawem z powodu niedomogi serca i zapalenia płuc odoskrzelowego (30/III 24) zmarła.

6. K. E. lat 38, pierwiastka; 8/II 24 poród samoistny. 16/II dreszcze — gorączka. 22/II przybyła na oddział. Ciepłota 39,6^0, dreszcze, tętno 96, samopoczucie złe. Macica powiększona, miękkawa, wydzielina z pochwy ropiasta, bez zapachu. W lewym sklepieniu — stwardnienie, prawe wolne. Codziennie dreszcze. 2/III 24 wysypka na całym ciele w postaci grudek różnej wielkości, nie ustępujących pod uciskiem oraz bolesność wszystkich stawów. Wysypka i bolesność stawów w ciągu następnych dni znikły.

24/III 24 badanie wykazuje macicę bez zmiany, lewe sklepienie — wypuklone, bolesne, a w prawym również wyczuwa się stwardnienie niebolesne.

Pierwsze zastrzykiwanie 24/II 24; po 6 zastrzykiwaniach ciepłota opadła do normy, utrzymując się na tym poziomie w przeciągu 10 dni t. j. do 13/III 24. Od 13/III 25 gorączka znów się wzmogła, dochodząc wieczorami do 39^0, opadając rano do normy. Chora dostała od 52/III 24 do 30/III 24 jeszcze 5 zastrzykiwań. 3/IV 24 badanie oburęczne: przymacicza lewe i prawe zajęte, miękkawe, bolesne, macicy wyczuć oddzielnie nie było można, Zdrowie chorej nie budzi jednak więcej obawy ze względu na umiejscowienie już obecnie ścisłe sprawy zapalnej i ogólny stan chorej.

7. P. S. lat 24 wieloródka (3 poród). 20/I 54 poród samoistny. 24/I 24 gorączka. 29/I 24 przybyła na oddział. Ciepłota 39,3^0, tętno 94, samopoczucie złe. Macica słabo zwinięta, bolesna, rozdarcie lewej ściany szyi aż do sklepienia, w miejscu prawostronnych przydatków bolesność i stwardnienie, lewe sklepienie — wolne. 10/II 24 stwierdza się guz, zwiększający się w ciągu następnych 3 dni aż do wielkości dużej kuli bilardowej. Po 16 dniach guz ten już z trudnością można było wyczuć. Chora dostała ogółem 11 zastrzykiwań J. K., a wypisała się zupełnie zdrowa. Guz zapalny uległ więc wessaniu (J. K., 2,5 ctm. mocn., J. K. 2 ctm. mocn., J. K. 2 ctm. mocn., J. K. 2, 5 ctm. słab., J. K. 2 ctm. słab., J. K. 2 ctm. słab,—dożylnie, J. K. 1 ctm. słab. J. K. 2 ctm. słab., J. K. 3 ctm. słab., J. K. 3 ctm. J. K. 2 ctm. mocn. — domięśniowo). Leukocytoza z b. 800 do 8000. Linzenmeier z 11 min. do 42 minut.

8. O. B. lat 26, wieloródka (5 poród). 1/II 24 poród samoistny. 5/II 24 gorączka i bóle w dolnej części brzucha. 11/II 24 przybyła na oddział. Ciepłota 38,6^0, tętno 100, samopoczucie złe. Macica duża, niezwinięta, ujście rozwarte, przymacicza wolne; krwawi. 3 dnia po przybyciu na oddział ciepłota opadła do 37,7^0, a 11 dnia $\geqslant$ do 38,4^0. 14/II 24 badanie oburęczne wykryło boles-

ność w prawym dole biodrowym oraz guz wielkości dużej pięści męskiej, który następnie powiększał się jeszcze stopniowo w ciągu kilku dni. Poczynając od dnia 26/II 24 bolesność i guz zapalny ustępowały stopniowo. Zrobiono chorej 7 zastrzykiwań. Wypisała się zupełnie zdrowa, a guza w prawym dole biodrowym już nie było (J. K. od 1 ctm. słab. do 1,5 ctm. J. K. mocn.) Leukocytoza z 5,300, do 7000. Linzenmeier z 13 min. do 1 godziny 45 minut.

Na podstawie wyżej wskazanych spostrzeżeń możemy powiedzieć, że wyniki, osiągnięte przez leczenie zakażenia połogowego i jego powikłań za pomocą Yatren-Kazeiny, są niewątpliwie w pewnych wypadkach lepsze od tych, które osiągano dotąd, stosując środki inne. Aczkolwiek istotnie liczba przytoczonych przypadków jest jeszcze nazbyt mała, na podstawie tych nielicznych wyników dodatnich możemy jednak sądzić, że Yatren-Kazeina chociaż nie jest panaceum, zasługuje bezwzględnie na uwagę, jako środek bardzo wskazany w walce z zakażeniem połogowym.

Leczenie Y. K. stosowaliśmy na oddziale szpitalnym, istniejącym od niedawna—dzięki zabiegom dra Altkaufera—specjalnie dla leczenia chorób połogowych.

PIŚMIENNICTWO.

1) Alterthum „Zur Behandlung gynaekologischer Erkrankungen mit Yatren" Ther. d. Gegenv. 1914. № 3. 2) Bischoff „Bekämpfung der Dauerausscheidung von Bazillen mittels Yatren" D. m. W. 1913. № 18. 3) Bauereisen „Uber unsere Erfahrungen mit der Behandlung puerperaler Allgemeininfektionen durch Yatren" Zbl. f. Gyn. 1921. № 34. 4) Kindt „Zur Behandlung mit Yatren—Casein". D. m. W. 1923, № 7. 5) Cords „Die therapeutischen Grundlagen der Reizkörpertherapie und ihre Anvendung in der Gesamtmedizin" M. m. W. 1921. № 21. 6) Gildemeister „Zur Yatrenbehandlung" M.m.W. 1923. № 30. 7) Holz „Yatren-Caseinlösung in der Praxis" Fortschr. d.M. 1922. № 11. 8) Wolff „Erfahrungen mit Yatren-Casein in der Gynaekologie" M. m. W. 1923. № 11. 9) Salomon „Der Einfluss von Proteinkörpern auf die Blutgerinnung" Arch. f. Gynaekolog. 1922. Bd. 116 Heft 2. 10) Dr. Goldschmidt „Unsere Erfahrungen mit Yatren-Casein" M. m. W. 1924. № 3.

Z ODDZIAŁU CHORÓB SKÓRNYCH I WENERYCZNYCH.
ORD. DR. WCŁ. STERLING.

„Jodo Bismuth Chinin“ Gessnera w przymiocie.

Podał
J. Milejkowski
Asystent oddziału.

Wśród różnorodnych przetworów bizmutu, które się pojawiały na krajowym rynku w ciągu 2 lat ostatnich, Jodo Bismuth Chinin Gessnera jest jednym z najnowszych. Przetwór ten — prawie od chwili jego pojawienia się—zaczęto stosować stale na oddziale d-ra Sterlinga u całego szeregu chorych, w rozmaitych okresach przymiotu. Aczkolwiek liczba spostrzeżeń jest istotnie jeszcze szczupła, jednak daje nam już pewne prawo oceny w kilku uwagach wartości tego przetworu, jako najnowszego z wszystkich środków leczniczych, stosowanych u nas dotąd w przymiocie.

„Jodo Bismuth Chinin“ przedstawia się pod postacią zawiesiny, o barwie czerwono - ceglastej, w ampułkach, zawierających po 0,25 przetworu na 2 i pół olejku migdałowego. Lek, jak osad, pokrywa ściankę ampułek; każda z nich zawiera około 40% bizmutu, a stosuje się śródmięśniowo, co 3—4 dzień.

Technika postępowania leczniczego — taka, jaką francuzi wskazali — jest następująca. W zewnętrznej górnej części okolicy pośladkowej, o 1 lub 2 cm. powyżej kresy międzykrętarzowej, wkłuwamy uprzednio igłę (bez strzykawki) długości 6 cmt. i średnicy 1 mm. tak, aby nie było przez nią krwiawienia. Ampułkę z Jodo-Bismuth-Chininą, przed nabraniem lekarstwa do strzykawki, należy ogrzać (najlepiej w wodzie o ciepłocie do 40—50°) i silnie wstrząsnąć; następnie nabieramy lek do strzykawki (bez igły) i zastrzykujemy przez igłę, wkłutą uprzednio w pośladek. Po wstrzyknięciu zdejmujemy strzykawkę (pozostawiając nadal wkłutą igłę), nabieramy do strzykawki około 3-ch c,c. powietrza, nakładamy ją z po-

wrotem na igłę i tłoczymy przez nią powietrze, aby w ten sposób usunąć resztki lekarstwa, pozostałe w samej igle. Przy wyjęciu igły należy pamiętać o dwuch momentach: I. wycofanie igły z mięśnla; II. — z tkanki podskórnej i skóry. Dokonane w ten sposób wstrzyknięcie „Jodo-Bismuth-Chinin" nie wytwarza żadnego nacieczenia i nie powoduje przeważnie żadnych bólów; możemy nawet stwierdzić, że z wszystkich przetworów bizmutu „Jodo Bismuth-Chinin" jest właśnie najmniej bolesny.

Ostatnio, na oddziale, zmieniliśmy wskazaną wyżej technikę i stosujemy to lekarstwo tak, jak nierozpuszczalne przetwory rtęci. Sposób ten okazał się zupełnie zadowalającym, nie daje bowiem ani nacieków, ani bólów. Tyle o technice.

Co się tyczy liczby zastrzyknięć, niezbędnych dla przeprowadzenia jednej pełnej kuracji, to głównie ze względu na możliwość jadowitego działania leku, trzymaliśmy się postępowania, wskazanego w tej terapji przez lekarzy francuzkich, a mianowicie stosowaliśmy w jednym okresie leczenia dwanaście zastrzyków. Spostrzeżenia kliniczne nad chorymi, których leczono Jodo Bismuth Chinin., obejmują 20 przypadków, przyczym podkreślamy, że celowo w żadnym przypadku nie stosowaliśmy jednocześnie miejscowego leczenia, a wybieraliśmy takie, które pozwoliłyby ocenić objektywnie leczniczą wartość przetworu.

Pierwsza kwestja, której rozwiązanie nastręczało się przy stosowaniu tego leku nowego, jest, czy i jakie mianowicie własności krętkobójcze posiada. We wszystkich badanych przez nas pod tym względem przypadkach, przeważnie po I1—III wstrzyknięciu Jodo-Bismuto-Chinini, nie wykrywaliśmy już krętka bladego w wykwitach syfilitycznych. Spostrzeżenie to nasze zgadza się w zupełności z podanemi już w piśmiennictwie obserwacjami innych autorów.

Co się tyczy wpływu Jod.-Bism.-Chinini na objawy kliniczne przymiotu, to wyniki nasze są następujące.

P r z y m i o t I — 4 przypadki (jeden surowiczo ujemny, trzy-surowiczo dodatnie). U jednego chorego wrzód pierwotny zagoił się —po 3-ch wstrzyknięciach, u trzech zaś—po 5-u wstrzyknięciach. Na zasadzie tych naszych spostrzeżeń sądzimy, że gdy ma się do czynienia z czystą formą wrzodu pierwotnego, to ten zwykle pokrywa

się naskórkiem już po 3-ch lub 6-ciu wstrzyknięciach, jeżeli zaś mamy mieszaną postać, to—wobec współistnienia wrzodu pierwotnego z wrzodem miękkim — szybkość gojenia idzie znacznie wolniej. Prawdopodobnie zależy to też od postaci wrzodu miękkiego. Nacieczenie pierwotne trwało zwykle dłużej, a znikało całkowicie dopiero po 9—10 wstrzyknięciach. Obrzmienie gruczołów chłonnych także nie ustępowało tak szybko, jak owrzodzenie pierwotne — zmniejszało się znacznie dopiero po 10—11 wstrzyknięciach.

Przymiot II czynny (9 przypadków). Najbardziej potężnym jest działanie tego środka w drugorzędowym okresie przymiotu czynnego. Różyczka znika zupełnie już po dwuch wstrzyknięciach, lepieże płaskie ulegają wessaniu bez śladu po trzech wstrzyknięciach. Grudki przerosłe spłaszczają się już po jednej - dwuch injekcjach, po 4 — 5-ciu ulegają zupełnemu wessaniu, a na skórze w odpowiednich miejscach pozostają ślady barwikowe.

Należy tu zwrócić uwagę na to, że w jednym z naszych przypadków, z uporczywemi bólami głowy, objawy te ustąpiły już po pierwszych kilku wstrzyknięciach.

Przymiot II utajony (4 przypadki surowiczododatnie) omówimy przy poruszeniu sprawy wpływu Jodo-Bismuth-Chinini na odczyn Wąssermana.

Przymiot III. Z tego okresu kiły trzy przypadki były traktowane na oddziale za pomocą Jodo-Bismuth-Chinini. Pierwszy przypadek dotyczy chorego z kilakami na podudziach: kilaki zabliźniły się — bez leczenia miejscowego — po 10 — 11 wstrzyknięciach. Drugi przypadek, z rozpoznaniem Lues III gravis, dotyczy chorego, który miał kilaki skórne na twarzy i czole oraz pełzającą postać wykwitów na plecach i piersi. Chory ten był przez d-ra Sterlinga demonstrowany na jednym z posiedzeń klinicznych szpitala ze względu na niezwykłe istotnie wymiary poszczególnych wykwitów oraz względnie rzadką postać framboesiae lueticae. Twory te przymiotowe już po VII-iu wstrzyknięciach znacznie się spłaszczyły, (chory z własnej woli po kuracji wypisał się ze znaczną tylko poprawą). Trudno jednak było przypuszczać, aby leczenie, składające się zaledwie z 12-tu zastrzyków — i to bez leczenia miejscowego — mogło było usunąć zupełnie tak niezwykłe pod względem wymiarów wykwity.

W trzecim przypadku mieliśmy do czynienia ze sprawą oczną, a mianowicie z owrzodzeniem na prawej rogówce. W danym przypadku poprawa szła tak niezwykle wolno, że po 9-ciu wstrzyknięciach przystąpiliśmy do mieszanej rtęciowo-salwarsanowej kuracji, poczym owrzodzenie na rogówce znakomicie się poprawiło. Należy tu podkreślić, że był to już drugi przypadek na naszym oddziale, w którym na swoiste schorzenie oczu rtęć i salvarsan lepiej podziałały, niż bizmut.

Kilka słów jeszcze o stosowaniu tego środka u dzieci. Naogół leczonych było 5-ro dzieci, w wieku od 1 roku do 8-u lat; dawka wahała się od $^1/_{10}$ do $^1/_3$ dawki dorosłego, zależnie od wieku. Troje dzieci w wieku 3-ch, 5, i 8-u lat miały przymiot nabyty (zakażenie rodziców przed rokiem); dzieci te przybyły na oddział z objawami w jamie ustnej (*scleradenitis submaxillaris et regionis colli*, *erosiones mucosae labii inferioris et linguae).* Dwoje innych dzieci — jednoroczne i trzyletnie—leżały na oddziale z powodu przymiotu wrodzonego. Dzieci te nie miały objawów. Wszystkie dzieci znosiły Jodo-Bismuth-Chinin bardzo dobrze, objawy na błonie śluzowej jamy ustnej, o których wyżej wspomniałem, znikły po 3—4 zastrzykach.

Przechodzimy teraz do omówienia wpływu tego środka nowego na odczyn Wassermana. Z wszystkich naszych przypadków odczyn Wassermana tylko w 60% zmienił się z dodatniego na ujemny. Nasze wyniki nie zgadzają się więc w zupełności z wynikami tych autorów, którzy podają, że Bi w 80% doprowadza do ujemnego odczynu Wassermana; lepsze też pod tym względem wyniki (75%) otrzymał Gelbfisz, gdy $1^1/_2$ roku temu stosował na oddziale naszym Bismutum citricum. Różnicę tę jednak można tłomaczyć tym, że — po pierwsze — dawkowanie nasze było zbyt oględne i niedostateczne. Francuzi ostatnio podają już, że minimalna liczba wstrzyknięć, niezbędna dla przeprowadzenia jednej pełnej kuracji, powinna dojść do 25 zastrzyknięć. Po drugie, Bismutum citricum, jako przetwór rozpuszczalny, działa szybciej i prędzej zmienia odczyn Wassermana. Jeżeli natomiast zastanowić się nad tym, jak się zmienia odczyn Wassermana w poszczególnych okresach przymiotu, to na podstawie naszego materjału możemy dojść do następujących wyników. We wszystkich naszych przypadkach surowiczododatnich okresu pierwszorzędowego przymiotu już po 12-u injekcjach odczyn zmienił się na ujemny; w drugorzędowym okresie z objawami odczyn Wass. zmienił się w 75%; w utajonym okresie tylko w 25%; w okresie trzeciorzędowym przymiotu wcale się nie zmienił. W przypadku wiądu rdzenia, ujemny odczyn Wassermana we krwi przed kuracją, stał się dodatnim po kuracji; w płynie mózgowo-rdzeniowym odcz. Wass. po leczeniu był ujemny.

Na szczególną uwagę zasługują dwa przypadki. W jednym (wrzód pierwotny z krętkami +, a W —) chory otrzymał tylko pierwszą kurację (12 zastrzyków), znajduje się pod obserwacją już cztery miesiące, a odczyn Wassermana w krwi jest dotychczas ujemny. Drugi zaś przypadek dotyczy chorego ze wrzodem mięszanym i z W +; po przebyciu 1 kuracji z 12-tu zastrzyków — już trzeci miesiąc jest pod obserwacją i również z odczynem Wass. stale ujemnym. Dwa te przypadki pozwalają przypuszczać, że bizmut jest w stanie, być może, nawet leczyć poronnie.

Co się tyczy powikłań, jakie najczęściej możnaby było wiązać z leczeniem bizmutowym, a mianowicie stanu błony śluzowej jamy ustnej oraz nerek, to należy podkreślić, że pod tym względem nowy środek żadnych ujemnych wpływów nie wywierał. Przy należytym pielęgnowaniu ust nie stwierdziliśmy żadnego zapalenia ze strony jamy ustnej i dziąseł, prócz t. zw. rąbka bizmutowego. Jako środek zapobiegawczy stosowana była tanina — zgodnie ze wskazówkami Bernhardta — do płukania ust w 2% wodnym rozczynie, oraz do pędzlowania dziąseł 10% jej rozczyn w glicerynie i t-ra Ratanhiae.

Ze strony nerek żadnych powikłań też nie spostrzegano: ani u jednego chorego ze zdrowemi nerkami nie wystąpił białkomocz lub nabłonkomocz. W trzech przypadkach z białkomoczem stosowaliśmy celowo ten środek, ażeby obserwować, jaki wpływ wywiera on na chorą nerkę. W jednym przypadku (białko 0,15‰) była przeprowadzona cała kuracja bez groźnych objawów ze strony nerek (ilość białka w moczu nie powiększała się), w drugim zaś ilość białka z 0,15‰ doszła po pierwszej injekcji do 0,3‰. Niestety druga obserwacja nie mogła być doprowadzona do końca wskutek tego, że chory — wkrótce po rozpoczęciu kuracji — wypisał się ze Szpitala. W trzecim przypadku białko (0,03‰) w przebiegu leczenia zupełnie znikło.

W celu stwierdzenia szybkości stopnia wchłaniania bizmutu, chcieliśmy sprawdzać, jak długo Bi zatrzymuje się w tkance mięśniowej, w miejscu zastrzyku, za pomocą prześwietlań rentgenowskich. Okazało się jednak, że zawartość Bi w jednej dawce jest zbyt mała, aby można było ją spostrzedz przez ekran, nawet po zastrzykiwaniu w udo

(strona zewnętrzna) celem łatwiejszej kontroli. Wobec tego, korzystając z uprzejmości d-ra Mesza, któremu na tym miejscu składam serdeczne podziękowanie, wykonano rentgenogramy u jednego chorego, który otrzymał zastrzyk Bi podskórnie; wykazały one bizmut w miejscu zastrzyku nawet po 4-ch tygodniach. Dalsze badania nie były prowadzone, gdyż chory po upływie tego czasu wypisał się ze Szpitala. Badania innych autorów wykazały cienie bizmutu w miejscu injekcji jeszcze po 2 — 3 miesiącach, a w moczu wykrywano bizmut w ciągu 2 — 3-ch tygodni.

Badania nasze potwierdzają zdanie ogólne badaczy tego przedmiotu, że — stosując bizmut — zyskaliśmy środek, który przez swoją skuteczność i przez wzgląd na siłę działania leczniczego zbliżony jest do salvarsanu, przewyższa przeto rtęć. Nieuzasadnione — jak się okazało — obawy co do jadowitości Jodo-Bismuth-Chinini pozwalają dziś liczbę zastrzyknięć podwoić (wzorem autorów francuskich).

Wytwarzanie się depôts bizmutu i długotrwałe wydzielanie się jego z moczem pozwalają przypuszczać, że — po pierwsze — działanie nowego leku trwa jeszcze po skończonej kuracji, po drugie, że badania krwi na odczyn Wassermana powinny być dokonywane nie bezpośrednio po ukończeniu leczenia, lecz dopiero po trzech — czterech tygodniach.

Niewątpliwie badania serologiczne, dokonane w tych warunkach, znacznie powiększą liczbę pomyślnych wyników leczniczych.

Oczywiście, po za dziedziną badań czysto naukowych, wskazane jest stosowanie przetworów bizmutu razem z salvarsanem.

Z ODDZIAŁU RENTGENOLOGICZNEGO SZPITALA (DR. N. MESZ).

O przeroście palców (Macrodaktylia)

Podał

I. Chanarin

Przypadki przerostu palców są zjawiskiem nieczęstym. Wagner w 1887 r. pierwszy zajął się ich zestawieniem i ogłosił wówczas 46 przypadków i spostrzeżeń z piśmiennictwa te-

go przedmiotu. Wkrótce potym szereg autorów (Masmejdu 1888 r., Waitz 1889, Galwani, Adlar 1895 r. Machenhauer, Torday 1896, Hoberg 1898, Grünfeld 1900, A. Koller 1901, Kohler 1908, Aliarias 1913) opisali pojedyńcze przypadki olbrzymich palców śródstopia, śródręcza oraz członków u ręki i stopy.

W szpitalu na Czystem przypadki podobne spostrzegano, jak dotąd, również nie często. W okresie kilku ostatnich lat widziałem zaledwie dwa przypadki; jeden z nich dotyczy wrodzonego przerostu trzech palców u prawej ręki, drugi zaś olbrzymiego palca u prawej sropy.

Przypadek pierwszy spostrzegałem u 5-oletniej dziewczynki C. L. Dziecko urodziło się normalnie, było zawsze zdrowe. Zboczenie w budowie prawej rączki zauważono dopiero w 6-ym miesiącu zycia. Ojciec miał w młodości kiłę; matka dwa razy roniła przed urodzeniem pacjentki; pozostałe rodzeństwo zdrowe. Badanie szczegółowe chorej wykazało, że budowę ciała ma wogóle prawidłową, a i ogólny stan zdrowia był zupełnie normalny. Kończyny dolne o budowię bez zboczeń. Natomiast przedramię prawe jest nieco grubsze od lewego, obwód jego na odległości 2 i pół ctm. od zgięcia łokciowego — $17^1/_2$ ctm. a lewego $16^1/_2$ ctm. Przy bliższym badaniu okazało się jednak, że widomy przerost prawostronnego przedramienia, odpowiadający powierzchni mm. rozginaczy, wytworzył się kosztem przerośniętej podskórnej tkanki tłuszczowej. Potworność pr. ręki ujawnia się jednak przedewszystkiem w obrębie palca wskazującego i ostatniego członka palca średniego. Najdłuższym i najgrubszym jest palec wskazujący, przypomina wyglądem zewnętrznym kiełbasę; a przekracza długością swą średni (rys. 1).

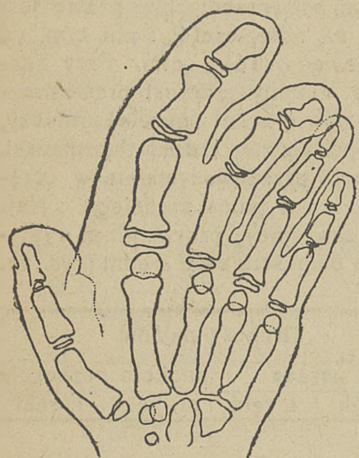
	Długość palców		Grubość palców			
			u nasady		naokoło paznokcia	
	praw. ręki	lew. ręki	pr. ręki	l. ręki	pr. ręki	l. ręki
Kciuk	$7^1/_2$	$4^3/_4$	$6^1/_2$	5	5	4
Wskazujący	3,7	3,2	$8^1/_3$	5	$7^1/_2$	3,5
Średni	$5^1/_2$	$5^1/_2$	$5^1/_4$	5	5	3,5
Czwarty	5	5	—	—	—	—
Mały	4	4	—	—	—	—

Z wymiarów długości okazuje się więc, że średni palec u prawej dłoni nie jest dłuższy od lewego; należy jednak zazna-

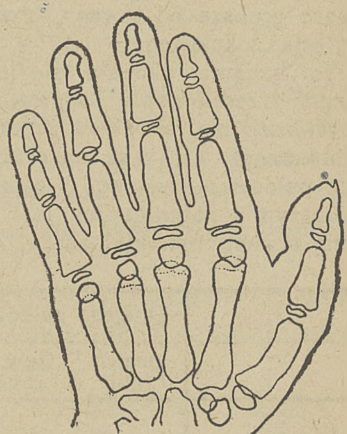
czyć, że tu mowa o wymiarze jego od nasady palca do koniuszka, sam palec bowiem jest jednak zupełnie zniekształcony, wygięty: krzywizna wewnętrzna jego zwrócona jest w stronę czwartego palca. Trzeci paliczek tego palca w stosunku do drugiego członka jego mieści się prawie pod kątem prostym. 4 i 5 palce u prawej dłoni i przylegająca część dłoni nie są zniekształcone. Natomiast — 1, 2 i 3 palce, wraz z przylegającą częścią dłoni, wykazują wybitny stopień zboczenia i przerostu. Czucie, odruchy zachowane, normalne. Odcz. Wasserm. w krwi ujemny, a Pirqueta wątpliwy, raczej ujemny.

Po 2 latach chora zjawiła się poraz wtóry. Przeprowadzono więc dodatkowe niektóre badania. Przez ten okres czasu ani w narządach wewnętrznych, ani w układzię nerwowym nic nowego nie wystąpiło. Tym razem jednak badanie na odczyn Wasserm. w krwi dało wynik dodatni (jeden +).

Rentg.-m czaszki oraz siodła tureckiego żadnych zmian nie wykazał; również rentg-m lewej i prawej dłoni zmian w budowie istoty tkanki kostnej żadnych nie wykazał. Zniekształcenie zaś prawej dłoni powoduje niewspółmierna różnica wymiaru powiększonych potwornie poszczególnych palców prawej kończyny górnej w porównaniu z normalną dłonią lewą. (Rys. 2).



Rys. 1 (prawa patolog.).



Rys. 2.

Kości śródręcza: I, III, IV i V kości prawe i lewe zmian i różnicy nie wykazują. II kość prawej dłoni jest o 2 mm. szersza i 3 — 4 mm. dłuższa od tejże kości lewej; nasada jej też jest wieksza. I i II członek kciuka u obu dłoni są jednakowe i równe. Tak więc powiększenie kciuka wytworzyło się tylko przez przerost części miękkich. Pozatym widzimy następujące zmiany (członki podstawowe i środkowe II i III palca) nasady i trzony są znacznie powiększone w kierunku podłużnym i poprzecznym w porównaniu

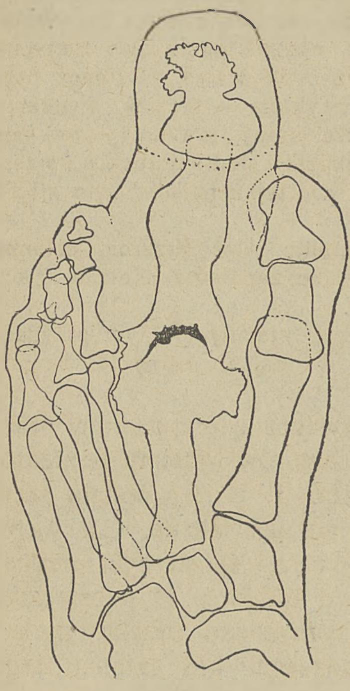
z jednoimiennemi lewemi. W ich częściach przyśrodkowych znajdują się lejkowate wgłębienia. Części nasadowe są znacznie szersze od środka trzonu (normalnie członki te mają kształt ściętego stożka). Członki III palca są znacznie wygięte; członki paznogciowe również powiększone (Rysun. 1-y).

W tym przypadku więc mamy tylko częściowe powiększenie kości oraz części miękkich jednej $^1/_2$ dłoni, bez jakichkolwiek zmian w budowie, kształcie i wymiarach pozostałej części ciała i poszczególnych narządów.

W przypadku drugim zboczenie ma jeszcze mniejsze wymiary, gdyż dotyczy jednego tylko palca u prawej stopy (Rys. 3).

Chory F. I., 45 l., badany 20. VI. 1923 r.

Przed 8 dniami został przejechany, przyczym urazowi uległ



Rys. 3.



Rys. 4.

też II-gi palec pr. stopy. Palec ten od urodzenia jest znacznie większy, niż palec II u stopy lewej; ruchy tego palca były zawsze ograniczone.—Żona, dzieci, rodzina — zdrowe. Pozatym stan ogólny chorego normalny, prócz słabego oddziaływania źrenic na światło.— II-gi palec u pr. stopy ma długości 9 ctm. a szerokości 5 ctm., to też znacznie wystaje poza linję pozostałych palców. Ma jednak w całości kształt palca zachowany (patrz rys. stopy z b. dużym palcem 2-im). Skóra na nim zaczerwieniona, bardzo gruba, przerośnięta. Zdjęcie promieniami Rent-a wykazało, że substancja kostna II-ej kości śródstopia jest bardzo ścisła i zajmuje wymiar szerszy niż w sąsiednich. Warstwa

szpikowa bardzo wązka. Nasada obwodowa tej kości jest znacznie rozrośnięta i pokrywa trzon nakształt grzyba, jest odwapniona. Okostna na niej nierówna, zgrubiała. Staw śródstopno-palcowy zarysowany dobrze. Boczne części u podstawy członków tego palca są zrośnięte z przerośniętym pokryciem trzonu. II-gi palec stopy składa się tylko z 2-ch członków. Podstawowy członek jego jest znacznie większy, niż sąsiednie, w dolnej swej części o budowie kostnej bardzo ścisłej, zbitej, a szpik kostny w nim zajmuje pas wązki. W środkowej części jego widać rozszerzenie wrzecionowate, odwapnione w częściach bocznych. Obwodowa nasada podstawowego członka II-go palca zrośnięta z szeroką podstawą członka paznokciowego. W tym miejscu znajduje się właśnie pourazowe złamanie z przesunięciem odłamków na zewnątrz i na prawo. Członek paznokciowy tego palca — o kształcie zwykłym — lecz w wymiarze znacznie powiększonym. Pozostałe kości stopy prawej i lewej bez widocznych zmian. Rent-m czaszki wykazał: siodło tureckie spłaszczone i powiększone; w tylnej części, poniżej uchyłków, dno siodła jakby nadżarte (rozrzedzenie kości).

Rozpoznanie rentgenologiczne ustaliło więc przerost członka II śródstopia i palca II stopy, kostniejące zapalenie okostnej i kości oraz zgrubienie kości i kościozrost.

Odczyn Wasserm. w krwi wyraźnie ujemny. W tym przypadku, prócz dużych zmian miejscowych w palcu, mamy też zmiany w konfiguracji siodła tureckiego.

Rozpatrzywszy cechy charakterystyczne przypadków przerostu palców, opisanych przez innych autorów, widzimy, że niektórzy np. Adler, Rohler, Grünfeld, Bohn podają przypadki podobne do podanych wyżej, inni zaś, jak np. Galvani, spostrzeżenia nieco odmienne. Galvani spostrzegał przypadek olbrzymiego wrodzonego wzrostu kciuka u 11 miesięcznej dziewczynki. Z biegiem czasu do tych zmian przyłączyły się u niej takie same również i w najbliższym I-m członku tego samego palca i w członku 2-im III-go palca.

W przypadku Rohlera stwierdzono, prócz znacznego powiększenia II i III palca pr. stopy, kostniak kości goleniowej tej samej kończyny. W przypadku Grünfelda, prócz wzrostu olbrzymiego dużego palca I kości śróstopia, stwierdzono przerost wszystkich kości lewej 1/2 miednicy, przyczym zachowana była dobrze budowa samej tkanki kostnej. W przypadku Allariasa był wzrost olbrzymi 3-ch środkowych palców u prawej ręki jednego z 2-ga bliźniąt, których matka chorowała na akromegalję.

Rohler opisuje wzrost olbrzymi 2-ch palców prawej sto-

py u jednego z dwojga bliźniąt, przyczym podkreślić należy, że drugie było karłem.

Piśmiennictwo o sprawach, związanych z zagadnieniem o wzroście olbrzymim częściowym wogóle, jest dość bogate, a gdy je uważnie przejrzeć, to zauważyć można, że autorzy starsi (Busch, Wittelshöfer, Fischer, Hahn, Wieland) nie zadowalniali się jedynie stwierdzeniem wzrostu olbrzymiego dla orzeczenia o przeroście palców. Większość tych autorów bowiem wykrywała prócz zmian miejscowych w palcach również cały szereg towarzyszących im zmian przerostowych w innych częściach i narządach ciała.

Wyrazem zmian miejscowych był albo przerost tkanki tłuszczowej (Wagner, Dusch), przyczym, jak i w naszym pierwszym przypadku, wzrost olbrzymi kciuka na tym tylko polegał albo też, na zmianach w samej skórze w postaci słoniowatości (spostrzeżenia Holthusena i Knoppela oraz nasz przypadek drugi), albo też wreszcie polegał i na zmianach w kościach. Tym oto zmianom kości, stanowiącym wogóle istotne tło całej sprawy patologicznej, mogą ulegać wszystkie warstwy kostne. Często spostrzega się więc przerost i zgrubienie okostnej, a także znaczne nawarstwienia samej substancji kostnej, na skutek wzmożonego kostnienia (ochrząstkowe i śródchrząstkowe kostnienie). Zjawisko takie stwierdziliśmy w II kości śródstopia u naszego drugiego pacjenta, miało ono też miejsce w przypadku Hoffmana. Istota kostna może ulec takiemu zgrubieniu, że prawie nie posiada szpiku kostnego, wtedy powoduje to stwardnienia kostne (nasz drugi przypadek), albo też przeciwnie jest ścienczała i rozrzedzona (zrzeszotnienie kości) do tego stopnia, że bezpośrednim pokryciem szpiku kostnego staje się okostna. Niekiedy (1-szy nasz przypadek) zmian w budowie kości zupełnie nie widać, tylko blaszki kostne wydają się większemi. Czerwony szpik kostny ulega niekiedy stłuszczeniu. Przerostowe zboczenie kości, które ujawnia się we wzroście olbrzymim, może — prócz typowych zmian — dawać też objawy patologiczne w postaci różnych nowotworzeń kości, jak nprz.: kostniaki (A. Köhler), wyrośle kostne (Fischer), zgrubienie kości oraz narośle kostne, które wytworzyć się mogą na tych samych lub na innych kościach (Holthusen i Knoppel).

Wreszcie stopień patologicznego rozrostu może być tak silny, że sąsiednie kości wrastają jedna w drugą, tworzą wtedy spojenia kostne (nasz II-gi przypadek i spostrzeżenie Wagnera). Wszystkie te zmiany mogą też jednocześnie występować na jednej i tej samej kości. Zaznaczyć jednak tutaj należy, że i w innych układach anatomicznych wystąpić mogą również zmiany, wskazujące na istniejącą w nich analogiczną tendencję przerostową. A więc Manasse, Windeman, Grünfeld i inni opisywali przypadki przerostu olbrzymiego miejscowego z rozszerzeniem naczyń włoskowatych, znamionami barwikowemi i naczyniowemi, patologicznie ubarwione plamy i rybią skórkę. Bardzo być może, tak niektórzy przypuszczają (Allarias, Anton), że wszystkie wymienione wyżej zboczenia na skórze są pod względem patologicznym tym samym procesem przerostowym — czyli wzrostem olbrzymim częściowym—któremu ulegają poszczególne elementy anatomiczne naskórka, tkanki tłuszczowej podskórnej, naczyń krwionośnych limfatycznych oraz układu barwikowego. Występowanie równoległe niektórych z tych zmian wraz ze wzrostem olbrzymim czyni zdaje się słusznym przypuszczenie, że są to procesy patogenetycznie pokrewne.

Co do przyczyn, wzgl. istoty częściowego wzrostu olbrzymiego, to wynikiem badań w tej dziedzinie są trzy teorje.—

Jedna uważa częściowy wzrost olbrzymi za odmianę akromegalji wrodzonej. Na korzyść poglądu takiego przemawiają np. przypadek Allariasa, gdzie matka chorej cierpiała na akromegalję, przypadek Antona, gdy objawy wzrostu olbrzymiego częściowego wiązały się z objawami guza przysadki, a także i nasz II przypadek, w którym stwierdzono zniekształcenie siodła tureckiego. Bauer słusznie zdaje się twierdzi, iż u ludzi, posiadających pewne zmiany w przysadce, istnieje z natury rzeczy usposobienie do wzrostu olbrzymiego; może to dotyczyć albo całego organizmu, albo też tylko oddzielnych narządów, wzgl. tylko nawet tkanek poszczególnych jego. Inni badacze—z Aschoff'em na czele—uważają, że częściowy wzrost olbrzymi może istotnie być objawem akromegalji lub zaburzenia normalnej czynności przysadki. Równolegle jednak działają też jakieś inne, nieznane jeszcze dobrze czynniki, które mogą samoistnie wywołać częściowy wzrost olbrzymi, zna-

ne są bowiem przypadki tej choroby bez objawów akromegalji oraz bez zmian w siodle tureckim, wzgl. przysadce. Strümpel i Oppenheim są tego samego zdania, gdyż stwierdzali, że aczkolwiek częściowy wzrost olbrzymi łączyć się może z akromegalją, to jednak częściej może akromegalja być bez częściowego wzrostu olbrzymiego. Trzeba jednak tu zaznaczyć, że niewykrycie zmian w siodle tureckim, wzgl. w przysadce, nie przemawia jeszcze bynajmniej bezwzględnie przeciw teorji wewnętrzno - wydzielniczej dla wytłumaczenia częściowego wzrostu olbrzymiego. W przysadce odbywać się mogą zrazu takie zaburzenia czynnościowe, które nie mają jeszcze widomego odpowiednika anatomo-patologicznego w niej samej i tylko dlatego nie może on być narazie jeszcze stwierdzony. Za wewnętrznowydzielniczym podłożem patogenezy omawianej przez nas sprawy przemawia również jeszcze zjawisko dziedziczenia (Allarias) oraz rodzinne występowanie danego cierpienia (Anton). Pozatym w tych samych rodzinach spostrzegano jednocześnie u różnych członków zaburzenia czynności przysadki oraz innych gruczołów o wydzielaniu wewnętrznym. W 1-ym przypadku naszym, o którym była mowa wyżej, stwierdzono nprz., że jedno z bliźniąt było karłem.

Teorja druga — to teorja neurotroficzna; ma ona za punkt wyjścia stosunek zależności energji wzrostu, jaki posiadają wszystkie wogóle komórki żywe, do ośrodków troficznych. Obrońcy tej teorji genezy zjawisk przerostowych miejscowych i częściowych przeprowadzają analogję między temi objawami, a objawami, które niekiedy spostrzega się w przypadkach jamistości rdzenia, a mianowicie budowę olbrzymią, a często też nazbyt wielkie dłonie i stopy, a więc zmiany obwodowe, zależne właśnie od zmian w ośrodkach troficznycznych. Tak samo też i częściowy wzrost olbrzymi zależny miałby być od ośrodków neurotroficznych, które w przypadkach tych zboczeń (w przeciwieństwie do stanów atroficznych) ulegać miałyby nadmiernej czynności i przerostowi.

Teorja trzecia mówi o możliwości istnienia tu zupełnie niezależnej patogenezy układu kostnego. Za tym przemawiałoby współistnienie, obok częściowego wzrostu olbrzymiego, zmian przerostowych w innych kościach, w postaci zgrubień, wyrośli, spojenia, wielkiej skłonności do łamliwości tych przerosłych

kości (zrzeszotnienie kości) oraz niektóre jeszcze inne zboczenia kostne.

Która teorja okaże się w przyszłości — dzięki dalszym badaniom — słuszna, trudno dzisiaj orzec.

Jedno jest już jednak dziś jasne, że przerost palców jest objawem, świadczącym o konstytucji zwyradniającej. W przypadku Köhlera jedno z bliźniąt było karłem; tak samo i w przypadku Allariasa; w naszym 1-ym przypadku mamy do czynienia z dziedziczną kiłą. W obu więc podanych wyżej przypadkach zwyradniające tło cierpienia jest również wyraźnie zarysowane.

Sprawozdania z posiedzeń naukowych.

Sprawozdanie z posiedzenia dn. 14 września 1923 r. (Ciąg dalszy).

Przewodniczył Jastrzębski.

Merenlender. **Leczenie łuszczycy dożylnym wstrzykiwaniem salicylanu sodu.** (Odczyt; patrz art. oryg. Kw. Klin. str. 83).

W dyskusji Lubelczyk i Markusfeld omawiają sprawę leczenia łuszczycy promieniami Roentg.; wyniki tej metody leczenia rzadko są jednak, jak dotąd, zadowalające.

Frank — demonstruje chorą, u której wprowadzono nowy zgłębnik żołądkowo-dwunastnicowy, podany przez dwuch węgierskich autorów Bársony (Pest) i Egan'a (Szegedin). Zgłębnik składa się z 2-ch połączonych ze sobą gumowych rurek — z których jedna — dwunastnicowa, dłuższa kończy się metalową gałką z otworami, druga zaś krótsza kończy się metalowym przyrządem z otworem, przez który otrzymuje się zawartość żołądkową. A więc przy pomocy powyższego zgłębnika ma się możność otrzymywania oddzielnie zawartości żołądka i dwunastnicy — badać je, doprowadzać oddzielnie do każdego z tych narządów leki i nareszcie obserwować na ciemniku rentgenowskim ruchy żołądka i dwunastnicy.

C. Jastrzębski. **Pokaz przypadku samorodnego pęknięcia śledziony.**

Samorodne pęknięcia torebki śledzionowej z śmiertelnym krwotokiem zdarzają się b. rzadko. Spostrzegano je w zimnicy, durze

i przy zmianach skrobiowatych. W posocznicy przeciwnie zwykle znajdujemy septyczne zawały, z których tworzą się ropnie.

Aby nastąpiło samorodne pęknięcie torebki śledzionowej, niezbędne jest powiększenie narządu oraz zmniejszenie jego spoistości; wtedy nawet nieznaczne mechaniczne przyczyny, np. podczas kaszlu, kichania, gwałtownych ruchów i t. p., są w stanie wywołać pęknięcie. Od wielkości pęknięcia zależy, jakie będzie zejście. Pęknięcia torebki na małej przestrzeni zwykle goją się bez poważniejszych następstw (blizny, czasami uwypuklenia w miejscu pęknięcia narządu); pęknięcia bardziej rozległe prowadzą do śmiertelnych krwotoków.

Do tej ostatniej grupy należy przypadek, który J. miał możność stwierdzić w Szpitalu d. 23 maja r. b.

Zwłoki mężczyzny l. 47 (zbadano pośmiertnie tylko jamę brzuszną). Rozpoznanie kliniczne: „Abscessus pulmonis, Septicopyaemia". Jama brzuszna zawierała dużo krwawego płynu i ciemno-czerwonych, galaretowatych skrzepów. Po wyjęciu śledziony i usunięciu z jej powierzchni skrzepów, okazało się znaczne powiększenie narządu (do 20 cm. dług., ponad 5 cm. grubości). Torebka była gładka, napięta, ciemno-sina. U górnego bieguna, na przeponowej powierzchni, w torobce wytworzyła się zygzakowata szczelina ok. 7 cm. długości, wypełniona mocno trzymającym się tu skrzepem; zmian w torebce w okolicy pęknięcia nie widać. Na przekroju podłużnym przez narząd, na wysokości pęknięcia, rzucał się w oczy klinowaty zawał, o szarożółtawym zabarwieniu na tle ciemno-czerwonego miąższu śledziony. Środek zawału uległ rozmiękczeniu. Drobne ogniska rozmiękczenia widać było również gdzieniegdzie i na jego obwodzie. Bezpośrednio pod torebką, u górnej połowy powierzchni przeponowej śledziony, znajdowała się ciemno-czerwona warstwa skrzepłej krwi. W tym miejscu torebka została zupełnie odwarstwiona.

W przypadku tym zwraca uwagę obfity wylew krwawy pod torebką śledziony przy równoczesnym istnieniu rozległego pęknięcia jej. Powstanie wylewu mogło wyprzedzić pęknięcie torebki albo też nastąpić po nim. J. sądzi, że wszystko przemawia za przypuszczeniem pierwszym, a mianowicie, że krwotok powstał gdzieś w okolicy zawału, a wylewająca się krew początkowo odwarstwiała torebkę i stopniowo krzepła. Natomiast w okolicy zawału torebka, prawdopodobnie nieco już poprzednio zmieniona, pod ciśnieniem wylewającej się krwi, pękła, powodując śmiertelny krwotok do jamy brzusznej.

Natanson. **Pokaz guza jajnika.**

Guz świeżo usunięty u 19-o letniej panny, która — prócz duru brzusznego drzed 2-ma laty — nie chorowała. Już w czasie tyfusu guz ten stwierdzono, lecz dopiero niezwykły jego wymiar zmusił ostatnio chorą udać się do lekarza. Brzuch był równomiernie uwypuklony, twardy, obwód 123 ctm. — na wysokości pępka. Podejrzewano zrazu sprawę złośliwą, zastosowano prom. R., guz się jednak nie-

zmniejszył; na prośby chorej dokonano operacji. Cięciem, wykonanym od spojenia do punktu o 3 palce niżej wyrostka mieczykowatego, odsłonięto guz zrazowaty, pokryty znaczną liczbą pęcherzyków (od wielkości śliwki do pomarańczy), wypełnionych przezroczystym płynem. Wobec niezwykłej wielkości guza (3 głowy dorosłego człowieka) wydobyto go dopiero po przeprowadzeniu dodatkowego cięcia poprzecznego, w prawo i w lewo od górnego końca cięcia podłużnego, guz okazał się torbielą (gruczolakiem wielokomorowym) prawego jajnika. Podwiązano szypułę, stwierdzono brak przerzutów na otrzewnej i na narządach jamy brzusznej; brzuch zamknięto sposobem zwykłym. Rychłozrost.

W dyskusji Altkaufer uważał, że należało, być może, operować wcześniej, gdyż wskazań do naświetlania prom. R. nie było.

Sprawozdanie z posiedzenia dn. 28 września 1923 r.

Przewodniczył Klejn.

Karbowski. **Sposób opatrywania rany po wyłuszczeniu migdałków podniebiennych celem zapobiegania krwotokom następczym.** (Z oddziału dr. Lublinera).

Wyłuszczenie migdałków podniebiennych, polegające na usunięciu migdałków wraz z otoczką, jest od kilkunastu lat zabiegiem bardzo rozpowszechnionym. Wskazania do zabiegu tego są różnorodne. Przeważnie klinicyści amerykańscy dopatrują się w migdałkach, patologicznie zmienionych, przyczyny wielu cierpień ogólnych i zalecają ich wyłuszczanie bez ściśle jednak określonego wskazania. Naogół jednak wyłuszcza się zazwyczaj migdałki podniebienne w przypadkach przewlekłego zapalenia z częstemi nasileniami, w przypadkach nawrotów ropni okołomigdałowych, obrzmienia gruczołów chłonnych szyjnych, oraz częstych nawrotów gośćca stawowego z jego powikłaniami (zwł. gdy ustalono, że wiąże się z przebytym zapaleniem migdałków), w przypadkach ostrego (przeważnie krwotocznego) zapalenia nerek, wreszcie w przypadkach posocznicy nieznanego pochodzenia.

Wyłuszczenie migdałków w warunkach zwykłych nie jest zabiegiem trudnym, a wykonywane bywa w znieczuleniu miejscowym. Ujemną stroną zabiegu są krwotoki, które zdarzyć się mogą podczas samej operacji, znacznie częściej jednak występują później, jako krwotoki wtórne, następowe.

Krwotokom podczas operacji zapobiega się dość łatwo przez wykonywanie zabiegu według ustalonej techniki operacyjnej, a mianowicie, wyłuszczając migdałek wraz z otoczką. Światła przeciętych naczyń krwionośnych zamykają się natychmiast, dzięki skurczom mięśnia, zaciskającego gardziel (*constrictor pharyngis*). Stosując metodę, polegającą na przecięciu łuku przedniego tuż za

przyczepem otoczki migdałka, usuwa się wraz z migdałkiem i część przedniego łuku, co czyni pole operacyjne łatwo dostępnym dla oka. W razie krwawień z większego naczynia, może ono być ujęte zwykłym sposobem i podwiązane. Znacznie częściej zdarzają się krwotoki pooperacyjne. Są to krwawienia miąższowe lub też krwawienia z rozluźnionych naczyń krwionośnych po ustąpieniu działania adrenaliny.

Ażeby zapobiec tym krwotokom Kofler wkłada czop gazy jodoformowej do wnęki, która się utworzyła po wyłuszczeniu migdałka na jedną lub dwie doby.

Piffl nakłada ligatury natychmiast po operacji, lecz ich nie zawiązuje; w razie krwotoku podkłada czop, a ligatury zawiązuje ad nim.

Lautenschläger natychmiast po wyłuszczeniu migdałków zaszywa ranę szwem, obejmującym łuki podniebienne i powierzchowne warstwy mięśni, zaciskających gardziel. Sposób ten stosuje również Kiljan.

K. pokazuje bardziej dogodny, własny sposób, ktory stosuje od kilku miesięcy. Otóż natychmiast po wyłuszczeniu migdałków nakłada jedną podwiązkę na łuk tylny, trzymany na podwiązce, ujętej w zaciskacz Pean'a; taką samą podwiązkę K. nakłada na łuk przedni. Do tylnego końca podwiązki tej K. przywiązuje czop jodoformowy, któremu nadać należy możliwie kształt wnęki pooperacyjnej; przez pociąganie ku przodowi podwiązki za jej koniec przedni, wprowadzamy czop z łatwością do wnęki, którą szczelnie w ten sposób wypełniamy. Następnie dopiero K. przewiązuje podwiązkę, nałożoną na łuk tylny z podwiązką łuku przedniego. Czop pozostaje w ranie 24 godzin.

Sposób powyższy jest prosty, łatwy do wykonania i w zupełności, zdaje się, zabezpiecza od krwotoków pooperacyjnych.

Czop taki, zastosowany po operacji migdałków, bez połączenia z podwiązką tylnego łuku, mógłby również okazać się skutecznym w razie krwotoków z wnęki operacyjnej w tych przypadkach, kiedy nic nie przedsięwzięto dla zapobieżenia krwotokowi następczemu. Byłoby to wtedy coś w rodzaju Bellock'a dla wnęki operacyjnej.

W dyskusji Lubliner podkreśla, że sposób ten może być uważany jedynie za środek zapobiegawczy, ale nie może być uważany za postępowanie należyte chirurgiczne; naczynia krwawiące należy podwiązywać. Szenker uważa również, że sposob nadaje się być może, gdy krwawi żyła, ale nie tętnica, a trudno przewidzieć, jakie naczynie krwawić będzie.

Szenkier. **O odruchu nerkowo-jelitowym** (patrz Kw. Klin. Tom. III, Zesz. I, str. 41).

W dyskusji Datyner omawia własny przypadek zaburzeń kiszkowych w związku z wycięciem gruczołu krokowego, które uwa-

ża również za objaw odruchowy. Klejn wypowiada przypuszczenie, że b. może produkty toksyczne przenikają przez drogi limfatyczne do kiszek i stają się tu momentem, wywołującym zaburzenia jelitowe. Poncz mówi o objawach bólowych w gruźlicy nerek. Higier omawia obszernie sprawę odruchów wegetacyjnych. W odpowiedzi Szenkier tłómaczy zaburzenia jelitowe w przyp. Datynera wpływami toksycznemi i podkreśla raz jeszcze, że w przypadkach, o których mówił, zaburzenia jelitowe występują synchronicznie z napadem nerkowym.

Sterling Wcł. **W sprawie gruźlicy szczepionej ludzkiej.** (Streszczenie odczytu).

Dwoje 4-o miesięcznych niemowląt, zarażonych przy obrzezaniu rytualnym gruźlicą przez tego samego osobnika, przedstawia różnorodny przebieg cierpienia. U jednego sprawa przebiega łagodnie z umiarkowanemi zmianami na miejscu wtargnięcia lasecznika, u drugiego prowadzi szybko do charłactwa; tu zmiany gruźlicze o charakterze rozpadowym, w stosunkowo krótkim czasie, niszczą żołądź i część prącia, gruczoły chłonne pachwinowe są znacznie powiększone, na skórze tułowia i kończyn liczne ogniska gruźlicze, wreszcie zejście śmiertelne.

Omówiwszy szczegółowo powyższe 2 przypadki, S. dochodzi do wniosków następujących. W obu przypadkach z góry można byłoby się spodziewać ciężkiego przebiegu cierpienia, gdyż a) prawdopodobnie szczepienie odbyło się znaczną liczbą laseczników, b) miało ono miejsce wprost do krwiobiegu, c) szczep laseczników był zupełnie obcy ustrojom niemowląt. Co się zaś tyczy tak rażącej jednak różnicy w przebiegu tych przypadków, to należy przypuścić, że zależy ono od dwóch czynników, a mianowicie: od ustroju i od zarazka. A więc, zarażenie nie było szkodliwe dla niemowlęcia, które pochodziło z rodu, oddawna dotkniętego gruźlicą, dzięki czemu posiadło po przodkach zdolności odczynu obronnego na wtargnięcie zarazków gruźliczych wogóle, co więc należało kłaść na karb ustroju, lub też na wtargnięcie laseczników innej odmiany, co zależałoby znów od lasecznika. A 2-ie niemowlę, które uległo gruźlicy ostrej, albo było wogóle pozbawione dziedzicznej zdolności swoistej do walki z gruźlicą, albo też przodkowie jego walczyli z innemi odmianami laseczników.

W dyskusji Lipszyc zaznacza, że zakażenie gruźlicze następuje niewątpliwie bezpośrednio przez otoczenie gruźlicze. L. przytacza spostrzeżenie Hamburgera, kiedy u 2 letniej kwitnącej dziewczynki wykryto pierwotne ogniska zakażenia gruźliczego na zewnętrznych organach płciowych, dziecko czołgało się bowiem często po podłodze mieszkania sąsiadki gruźliczej i szybko uległo charłactwu, a zaraziła się też od niego matka (dostała nieżytu szczytów) i jeszcze jedno niemowlę z rodzeństwa tego (do tego czasu wszyscy

byli zdrowi). Przebieg gruźlicy w roku niemowlęcym jest bardzo zły (w 1-ym miesiącu do 100°/o śmiert.). Przebieg zależny jest w wybitnym stopniu od skazy wysiękowej i t. zw. konstytucji hydropicznej (Czerny). Wielu sądzi, że organizm, obfitujący w wodę, jest pomyślnym podłożem dla gruźlicy, to też racjonalne odżywianie zwiększa odporność przeciwgruźliczą. Markusfeld omawia wpływ dziedziczności i n. in. warunków ustrojowych na szybki przebieg zakażenia gruźliczego. Rosenberg podkreśla, że przypadki rytualnego zakażenia gruźlicą mają b. często zejście śmiertelne. Gantz wskazuje wagę, jaką tu ma wiek dziecka oraz szczepienie zarazka wprost do krwi; w doświadczeniach na zwierzętach droga zakażenia jest inna, a więc i objawy i przebieg są inne; ważne jest też, jak wielka ilość laseczników przenika do organizmu. Poncz zaznacza, że ustrój ma wpływ na przebieg i rokowanie, lecz nie odgrywa roli w samym zakażeniu. Klejn podkreśla m. innemi znaczenie badań doświadczalnych nad gruźlicą ludzką, aby wyjaśnić, jaki wpływ na szybkość, stopień zakażenia i jego przebieg ma bezpośrednio przez krew wykonane zakażenie.

Sprawozdanie z posiedzenia dn. 19-go października 1923 r.

Przewodniczył Lewin.

Bychowski (mł.). **Przypadek zaburzeń psychicznych po śpiączce.**

B. przedstawia 7-letniego chłopca, który przed 4-ma laty przechodził śpiączkę nagminną. Choroba ta spowodowała wybitne zmiany psychiczne, które zasługują na uwagę ze względu na swą szczególną wybiorczość — elektywność. Chłopiec, którego charakter i zachowanie były zupełnie normalne, odznacza się od czasu choroby niezwykłą pobudliwością, a przez swoje niepohamowane popędy — impulsy stał się nieznośny dla otoczenia. Zdarza się, że drapie, gryzie, bije, dusi, niszczy otaczające przedmioty. Lubi płatać figle, dokuczać na wszelki sposób. Zarazem jednak może być miły, wykazuje wyraźnie zupełnie normalne uczucia rodzinne, potrafi utrzymać dobry kontakt uczuciowy z otoczeniem. Przytym, co szczególnie podkreślić należy, zdolności intelektualne chłopca, jego pamięć i inteligencja są bez zarzutu.

Ta wybiórczość zaburzeń psychicznych, ograniczających się wyłącznie do sfery afektywnej, a będących wynikiem określonej co do swego umiejscowienia sprawy chorobowej, ma wielkie teoretyczne znaczenie. Jak wiadomo, elektywność ta jest charakterystyczna dla śpiączki nagminnej, która, zwł. u dzieci, może prowadzić do wybitnych zmian w charakterze, stwarzając zespoły, które przywykliśmy spotykać jedynie u szeregu psychopatów konstytucjonalnych.

R o t s t a d t. **Niezwykły przypadek Encephalitis lethargica.**

O. J., lat 17, zachorowała zimą 1923 r. Rozpoczęło się od gorączki krótkotrwałej (2 dni) ze stanem lekkiego zamroczenia, jakby „nieprzytomności“ (słowa matki). Poczym chora zaczęła błądzić po mieszkaniu z kąta w kąt, rozmawiała ze sobą nieustannie, doprowadzając się do zupełnego wyczerpania. Nie bacząc jednak na to, noce wogóle przepędzała bez snu, często zrywała się z łóżka, krążyła po pokoju, wykonując monotonne, rytmiczne ruchy boczne głową i t. p. Stan takiego wzmożonego niepokoju psychomotorycznego trwał 2 tygodnie, przyczym chora skarżyła się na uczucie ciężaru, „jakby rozpalonej cegły“ na głowie, plecach, rękach lub też chwilami wogóle na całym ciele. Omamy te bolesne minęły również po pewnym czasie, a trwała nadal bezsenność nocna, ociężałość członków i niezwykła pobudliwość. Po niejakimś czasie do zespołu tego przyłączyły się niektóre nowe objawy, które dany przypadek Enc. letharg. czynią niezwykłym, chora bowiem zaczęła nieustannie jakby dmuchać nosem, ustami, spluwać, chrząkać, czynić wogóle szereg ruchów, jakby chciała coś tkwiącego w gardzieli, nosie, wykrztusić, spluć. Na pytanie, co czyni i po co, odpowiadała, że jej coś w nosie, gardle, uwięzło, tkwi i chce to wyrzucić, a miała też przez pewien czas wrażenie, że to coś z nosa do gardła jej opadało (badanie przez specjalistów nic szczególnego nie wykryło). Dmuchanie takie, smarkanie, odchrząkiwanie, pokasływanie burzyły spokój otoczenia, zwł. że najczęściej odbywało się to w porze nocnej. Od czasu do czasu chora wyczerpana, nad ranem, na kilka godzin w sen zapadała. W tym też czasie matka, śpiąc z córką, zauważyła kilkakrotnie, że l. k. górna chorej drga cała lub tylko w pewnych odcinkach (dłoń, przedramię); w kończynie tej chora odczuwała też wówczas niekiedy bóle. Objawy nosogardzielowe trwały 3 miesiące i wywołały zjawiska suchego nieżytu (L u b l i n e r), ale stopniowo znacznie osłabły. W S t. o b. przeważa bezsenność nocna, niekiedy konwulsyjny kaszel (bez zmian w płucach) i okresowo znów nocne chrząkanie, dmuchanie i t. d., jak wyżej. Pod względem psychicznym chora zupełnie się zmieniła; dawniej łagodna, pracowita, dziś nieustępliwa, niezwykle tchórzliwa, a popędliwa i leniwa. Objawów przedmiotowych zwykłych parkinsonizmu pośpiączkowego niema. Przypadek ten świadczy raz jeszcze, jak różnorodny, wielokształtny być może obraz kliniczny w nagm. zap. mózgowia. Niezwykłe objawy nosogardzielowe chorej, które (choć w znacznie słabszym już stopniu) trwają wraz z bezsennością nocną oraz okresowym niepokojem psychomotorycznym, należą do zespołu objawów oddechowych (kaszlu, gwizdania, przyśpieszonego, odde-

chu i n. inn.), które P. Marie i p-ni Lévy w pracy swej o tych zjawiskach w *Enc. leth.* usiłują podzielić na kilka grup odrębnych. (R. N. 1922. Nr. 10, str. 1232)

Lubliner. **Przypadek niezwykłej wielkości polipa podgłośniowego, usuniętego przy pomocy pętli galwanokaustycznej.**

32 l. mężczyzna od sześciu miesięcy miał chrypkę, od 3 miesięcy coraz częstsze napady duszności.—Chory blady, niespokojny. Stan bezgorączkowy, tętno 110. *Stridor expiratorius*; płuca bez zmian. Badanie krtani podczas wdechu stwierdza na dolnej powierzchni prawostronnej struny prawdziwej guz, wielkości orzecha laskowego, koloru szarawo-różowego, wypełniający górną część tchawicy do tego stopnia, że zwęża prawie w zupełności głośnię. Guz ruchomy — podczas wdechu opada do tchawicy, przy wydechu częściowo wciska się w szparę głosową, wywołując duszność.

Operacja. Po dokładnym znieczuleniu krtani w przestrzeni podgłośniowej 10% rozcz. kokainy, dotarto zapomocą pętli galwanokaustycznej, zwężając ją ostrożnemi ruchami, do miejsca przyczepu guza, znajdującego się na przedniej 1/8 części pod prawą struną głosową prawdziwą. Guz ścięto. Krwawienia nie było. Oddech stał się normalnym, duszność ustąpiła. Po upływie kilku dni chory opuścił zakład leczniczy.

Badanie drobnowidowe guza wykazało w nim budowę bardzo unaczynionego włókniaka (Fibroangioma). Średnica guza 2 ctm.

Sterling Wcł. **Przypadek twardziny skóry (Sclerodermia).**

S. przedstawia 52-letnią chorą, u której spostrzegamy na skórze okolicy mostkowej i pod sutkami liczne okrągłe odbarwione miejsca, średnicy 1—3 cm., o właściwościach skóry normalnej.

Białe te plamy znajdują się na tle skóry bardzo ciemno zabarwionej, przypominającej chorobę Addisona, lecz mającej odcień ciemniejszy. Na pośladkach widzimy dwa ogniska nacieczone, otoczone typową obwódką fioletową (*lilac ring)*; trzecie takie ognisko, już dalej posunięte i twardawe, znajduje się na prawym udzie. Chora żadnych objawów podmiotowych niema.

Nudelman. **Objawy porażenia mięśni oczu w przebiegu tężca** (patrz art. oryg. w tym zeszycie).

W dyskusji Bregman podkreśla, że porażenie m. ocznych u chorego, przedstawionego przez Nudelmana, powstało w początku choroby i znikło wraz z innemi objawami: o przypadkowej koincydencji z tężcem nie może być zatym mowy. Po-

rażenie jest prawdopodobniejsze aniżeli skurcz mięśni, ponieważ w spokoju ustawienie gałek było normalne. Wszystkie mięśnie oczne były dotknięte, w największym stopniu jednak mm. odwodzące, na co wskazuje podwójne widzenie nieskrzyżowane. Ustawienie obrazów nie na jednym poziomie dowodzi, że oprócz m. prostych zewnętrznych dotknięte były także w znaczniejszym stopniu m. skośne. Na uwagę zasługuje fakt, dotąd niewytłomaczony, że w tężcu nie spostrzegano nigdy porażeń kończyn, ani mm. tułowia, natomiast w dziedzinie nerwów czaszkowych spostrzegano wielokrotnie porażenie n. twarzowych, a w wyjątkowych razach porażenie n. ocznych.

W przypadkach, w których okres wylęgania jest dłuższy i objawy powstają zwolna, jak w danym przypadku, przebieg bywa pomyślny. Czy środki lecznicze—surowica i in. — wpływają nań, trudno dziś jeszcze sprawę tą rozstrzygnąć.

Higier wyraża przypuszczenie, że w danym przypadku nie było porażenia mm. ocznych, lecz skurcz toniczny.

Flatau przypomina, że zajęcie nn. językowego, twarzowego i dodatkowego jest objawem w tężcu wzgl. częstym. Następnie Fl. obszernie omawia poglądy współczesne na patogenezę tężca i wspomina o wynikach swych badań doświadczalnych z Goldscheiderem.—Rokowanie jest w wysokim stopniu zależne od czasu, który dzieli zakażenie, wzgl. okaleczenie, od wystąpienia pierwszych objawów tężca.

Rotstadt przytacza własne spostrzeżenia nad 30 kilku przypadkami tężca, leczonemi podczas wojny światowej siarczanem magnezu z wynikiem w wielu wypadkach dodatnim. Rot. uważa ten środek leczniczy, zastrzykiwany do kanału rdzeniowego (a nie pod skórę) za jeden z najlepszych dzisiaj środków przeciwkurczowych. Należy tylko odpowiednio, z umiarem, b. stopniowo, powiekszać ilość wprowadzanego do kanału Mg. sulf. i w niezbyt silnych odrazu rozczynach. Pozatym starać się trzeba jaknajszybciej zastosować sztuczne oddychanie tlenem, tłoczonym rytmicznie przez rurkę, wprowadzoną do tchawicy po jej rozcięciu (tracheotomia), gdy tylko się zjawią pierwsze objawy ujemnego działania Mg. sulf. na zakończenia nerw. czuciowych w drogach oddechowych i na mięśnie kl. piersiowej i pasa barkowego (zbyt wielka ich wiotkość a stąd niedomoga oddechowa). — Surowica przeciwtężcowa, w odpowiedniej chwili i metodycznie stosowana, ma pierwszorzędne znaczenie — jako środek zapobiegawczy, lecz gdy już są objawy tężca, nie należy na nią liczyć.

Nudelman w odpowiedzi Higierowi podkreśla trudność orzeczenia, czy w danym przypadku był skurcz, czy też porażenie mm. ocznych, jednakże ze względu na zmiany patologiczne, wielokrotnie w tężcu stwierdzane w jądrach nn. czaszkowych i w komórkach zwojowych (Beck, Chantemesse-

Marinesco, Orzechowski, a zwłaszcza Goldscheider i Flatau), należy raczej przypuszczać tu porażenie mm. ocznych.

R o t s t a d t. **Przypadek urazowego cierpienia rdzenia.**

C. lat 24, kawaler, tragarz. W wojsku przebył czerwonkę i dur plamisty, lecz urazom nie ulegał. — Lues negatur. Przed 6-iu tygodniami, bez gorączki i jakkichkolwiek objawów wstępnych, podczas dźwigania skrzyń podłużnych z piłami, gdy nakładano nań 3-ią z kolei skrzynię i w tym celu zmuszony był zupełnie się pochylić, poczuł nagle odrętwienie prawej k. doln.; z trudnością mógł zrazu nogami poruszyć. Stopniowo sprawność k. k. d. się poprawiła, a pozostały dotąd niedowład k. k. d. z objawami kurczowemi, obustr. objawem stopowym, odr. Bab. po str. prawej (i słabszym po lewej). Chód pozostał nadal kurczowy, niedowładny. Pozatym, gdy (3. I. 23) chory przybył z przychodni Szpitala na Oddz. Ter. Fiz., skarzył się na niedomogę pęcherza (nietrzymanie moczu podczas chodzenia), osłabienie płciowe, zaparcia tygodniami i osłabienie czucia bólu, ciepła i zimna, (zaczynając od linji kadłubowej z prawej str., a z lewej o 4 palce poprzeczne niżej) wdłuż k. k dolnych włącznie ze stopami (na powierzchni l. k.d. czucie prawie normalne). Czucie dotyku, kinestetyczne wszędzie dobrze zachowane. Wogóle wskazane wyżej objawy patologiczne były od samego początku i zaraz po urazie wybitniej zaznaczone po stronie prawej. N. n. czaszkowe, k. k. górne normalne.—Brak objawów oponowych od samego początku cierpienia, bólów opasujących, nie bacząc na uraz, związek bezpośredni porażenia z urazem oraz typ porażenia, ustępującego, choć zwolna, lecz stopniowo, każe w danym przypadku za przyczynę bezpośrednią cierpienia uznać wylew krwawy do istoty szarej rdzenia na wysokości mniej więcej 11 — 12 kr. grzb. i I — II lędźw. z praw. str., a nieco niżej z lewej. (Haematomyelia traumatica).

P r z y p i s e k p o d c z a s d r u k u. Wykonane następnie, już na oddziale nerwowym, badanie na odcz. Wasserm., dało kilkakrotnie wynik dodatni. O ile istotnie miało tu przedtym miejsce cierpienie syfilityczne (chory z uporem przeczył temu), to podłoże takie łatwiej by tłumaczyło przyczynę pośrednią krwotoku u mężczyzny, tak jeszcze młodego, bardzo dobrze zbudowanego i bez objawów ustroju patologicznego. Leczenie swoiste miało wpływ mały na przyśpieszenie poprawy, która, jak to zwykle bywa po krwotokach urazowych rdzenia, zwolna bardzo postępuje. Rokowanie co do zupełnego wyzdrowienia jest jednak b. wątpliwe, a byłoby znacznie lepsze, gdyby cierpienie powstało było jedynie na podłożu świeżego kiłowego zachorzenia naczyń.

Sprawozdanie z posiedzenia dn. 2 listopada 1923 r.

Przewodniczył Lubelski.

Natanson i Grynkraut. **Przypadek raka szyjki macicznej, leczony prom. Rentgena z wynikiem dodatnim.**

Natanson przedstawia chorą R., która zgłosiła się do Szpitala z powodu cuchnącego wycieku z pochwy oraz krwawienia. Stwierdzono, że cała część pochwowa szyjki zajęta jest przez raka, który stanowi krater o pojemności jaja kurzego. Trzon macicy, prawe przymacicze i więzadła bez zmian; lewe przymacicze nieco nacieczone, bolesne. Chorą poddano wielokrotnemu naświetlaniu, którego wynik okazał się niezwykle dodatnim. Część pochwowa ściągnęła się zupełnie, uwidoczniło się nowowytworzone ujście.

Nacieczenie lewego przymacicza znikło, również jak i cuchnąca wydzielina; macica stała się ruchomą, niebolesną; ogólny stan pomyślny.

Wobec tak dodatniego wyniku zaproponowano chorej usunięcie macicy, na które jednak jeszcze zgody swej nie udzieliła.

Następnie N. omawia w związku z powyższym przypadkiem wskazania do leczenia zachowawczego zapomocą prom. R., do leczenia operacyjnego i do stosowania łącznego obu tych sposobów postępowania.

Grynkraut, uzupełniając pokaz chorej, podkreśla, że:

1) rak szyjki macicznej ulega zmianom pod wpływem naświetlania prom. R. i może ulec wyleczeniu, trwającemu, jak w danym wypadku, już z górą rok;

2) statystyki podają, że podobne wyleczenie może się utrzymać i lat 5 (Döderlein), a badanie histologiczne naświetlanej macicy wykazuje zanik komórek nowotworowych (Gosset, Monod);

3) karyokineza, będąc zjawiskiem perjodycznym i momentem, najbardziej sprzyjającym dobrym wynikom naświetlania, czyni jednorazowe dawki (110% HEO—Seiz i Wintz) niedostatecznemi, to też winny być one zaniechane. Naświetlania należy powtarzać kilkakrotnie, aby, niszcząc komórki w rozmaitych miejscach nowotworu w okresie ich karyokinetycznego przeobrażenia, hamować tym dalszy rozwój guza, a przez to sprzyjać szybszemu jego zanikowi.

W dyskusji Szenkier i Natanson zastanawiają się nad genezą guzów złośliwych macicy, wzgl. raka; bardzo być może, że często punktem wyjścia są tu gruczoły przycewkowe; w danym wypadku możliwa rzecz, że *craurosis vulvae*. Lubelski nie sądzi, aby można było zupełnie radykalnie wy-

leczyć raka narządu prom. R.. — O zupełnym wyleczeniu mowa być może dopiero po wielu latach pomyślnego stanu zdrowia. Natanson podkreśla, że przedłużenie życia wogóle, a w szczególności na lat kilka, już samo wystarcza, aby stosowanie promieni R. w leczeniu nowotworów było obowiązkiem lekarza.

Rosenberg. **Odczyn Wassermana w świetle badań współczesnych** (Odczyt; patrz art. oryg. Kw. Klin. Tom III, Zesz. 1, str. 32).

Endelman. **Dno oka jako źródło rozpoznania i błędów rozpoznawczych w cierpieniach układu nerwowego ośrodkowego**. (Odczyt; patrz Kw. Klin. Tom III, Zesz. I. Str. 11).

W dyskusji brali udział Goldflam, Flatau, Bregman, Arkin i Endelman.

Sprawozdanie z posiedzenia dn. 23 listopada 1923 r

Przewodniczył Lubliner.

Lubliner. **Dwa przypadki ropnia mózgu.**

1) 28 letni mężczyzna K. L. od dzieciństwa cierpiał na ropotok z ucha lewego. Przed 4 tyg. został uderzony w głowę, ropotok stał się znacznie obfitszy; po tygodniu zaczął narzekać na silny ból głowy oraz lewego oka. Wystąpiły wymioty; chory zaczął jakoby tracić przytomność; nie gorączkował. Przybył na oddział 28. X. 23 w stanie ciężkim. Wydzielina z ucha lewego skąpa; błona bębenkowa zniszczona, jama bębenkowa wypełniona ziarniną. Weber +; szeptu niesłyszy przy małżowinie. Dno oka normalne; lekki niedowład górnej gałązki nerwu twarzowego; wybitna utrata pamięci. Rozpoznanie — ropień w zrazie skroniowym lewym. 29. X. 23 doszczętna operacja. Otworzono jamę bębenkową, usunięto strop jamy (tegmen tympani), znacznie rozrzedzony, następnie obnażono zmienioną oponę twardą na 3 × 1 cm., poczym próbne przekłucie w kierunku 2-go zrazu skroniowego, nieco ku tyłowi. Tu natrafiono na ropień. Tkankę mózgową w tymże kierunku rozcięto i wydobyto 30 ccm. gęstej ropy. Nałożono opatrunek. W okresie pooperacyjnym chory narzekał na podwójne widzenie, obecnie stan jego z każdym dniem się polepsza.

2) 36-letni K. M. Przed dwoma tygodniami angina, która dała w następstwie zapalenie prawego ucha środkowego. Po przekłuciu błony bębenkowej silny ropotok; w stanie ciężkim przybył na oddział 22. X. 23.—*St. ob.* w dolno-tylnym odcinku błony bębenkowej otwór, z którego wydobywa się pod znacznym ciśnieniem ropa; szeptu przy małżowinie niesłyszy; R. —; W.—zbacza w kierunku ucha prawego; niema objawów

błędnikowych. Ciepłota 38,2^0; silne bóle w wyrostku na ucisk. 25. X. 23. antrotomja; usunięto wyrostek, którego komórki pneumatyczne wypełnione były ropą i ziarniną. Część tylnej ściany usunięto z powodu rozrzedzenia kości. Po operacji ciepłota opadła do normy, lecz wystąpiły objawy wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego i silne bóle w oku prawym. Chory był niespokojny, chwilami zamroczony, na pytania nie odpowiadał, często wymiotował, dała się przytym zauważyć lekka sztywność karku. Na dnie oczu zmian nie stwierdzono. Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego wykazało: białka 0,2$^0/_{00}$, Nonne-Appelt +, limfocyt. 2—3 w polu widzenia; drobnoustrojów nie znaleziono. Rozpoznanie — ropień zrazu skroniowego po stronie prawej. 30. X. 23. operacja. Po obnażeniu opony twardej, ponad stropem jamy bębenkowej, dokonano nakłucia na głębokości 3$^1/_2$ cm. i wydobyto płynną ropę o zabarwieniu ceglastym; w tym samym kierunku (ku tyłowi i ku górze) rozcięto tkankę mózgową, poczym wydzieliło się pod znacznym ciśnieniem około 50 ccm. płynnej ropy. Badanie bakterjologiczne ropy wykazało paciorkowce. Po operacji—zapalenie tarczy *(papillitis oculi utriusque)*; chory ma się jednakże obecnie lepiej, wciąż się poprawia.

Przypadek pierwszy jest interesujący z powodu urazowego wystąpienia ropnia w przebiegu przewlekłego zapalenia ropnego ucha środkowego; drugi przypadek jest niezmiernie rzadki z powodu wytworzenia się ropnia mózgu po zap. gardła i następczego ostrego zapalenia ropnego ucha środkowego.

W dyskusji Bregman zaznacza, że w przypadku 1-ym rozpoznanie nie nastręczało trudności. W okresie pooperacyjnym wystąpiło podwójne widzenie wskutek niedowładu n. VI. Objaw ten świadczyłby o trwającym ucisku u podstawy mózgu, w środkowej jamie czaszkowej. Nie należy jednak, wobec pomyślnego względnie stanu zdrowia chorego, przypuszczać istnienie drugiego ropnia w zrazie skroniowym, bliżej podstawy. W przypadku drugim rozpoznanie było trudniejsze. Chory miał objawy oponowe—sztywność karku, objaw Kerniga, zamroczenia przytomności. Wobec ujemnego wyniku badania płynu mózgowo-rdzeniowego, należy tu przypuszczać współistnienie surowiczego zapalenia opon, często towarzyszącego wszelkim powikłaniom spraw usznych. Ból w oku jest istotnie objawem wzmożonego ciśnienia w środkowej jamie czaszkowej. W opisanym niedawno przez Foix zespole objawów w cierpieniu ściany zewnętrznej zatoki jamistej *(syndrome de la paroie externe du sinus caverneux)*, objawy w dziedzinie 1-ej gałęzi n. V należą do głównych.

Goldflam uważa, że przypadek pierwszy ropnia nie jest bynajmniej urazowym; uraz spowodował tu tylko nasilenie sprawy już istniejącej, usznej. W 2-im przypadku zasłu-

guje na uwagę zastoina obu tarcz, w późnym okresie przebiegu ropnia mózgu powstała, a szczegl. drugostronna zastoina — lew. tarczy. Trudno b. może tu to zjawisko tłómaczyć, choć zaznaczyć należy, że 22. XI. 23 chory zdradzał pewne objawy niemoty i parafatyczne, co nasuwa myśl o wodogłowiu lewostr. wewnętrznym. Bóle, promieniujące od ucha chorego do oka włącznie, G. już nie raz spostrzegał (podrażn. 1-ej gałąz. V n. czaszk.) — objaw ten może mieć znaczenie rozpoznawcze. Rokowanie w przypadkach pooperacyjnych ropni mózgu powinno być zawsze b. ostrożne, choć niewątpliwie stan obu chorych należy w danej chwili uważać za pomyślny. Higier podkreśla, że tarcza zastoinowa nie może być punktem wyjścia dla rozpoznania topograficznego. Bóle drugostronne w ropniach mózgu mogą być spowodowane przez ucisk z przeciwległej strony. Lubliner w odpowiedzi podkreśla między innemi potrzebę rozważnego stosowania nakłucia lędźwiowego w ropniach mózgu.

C. Lewin i I. Lichtenberg. **Przypadek mięsaka płuc.**

B. K., l. 15, dziedzicznie nieobarczona. Od miesiąca kaszel z plwociną, zawierającą czasami ślad krwi. Na płuca nie chorowała; bólów w klatce piersiowej niema. Przed 6 mies. amputacja prawej k. d. (Sołowiejczyk) z powodu mięsaka uda. St. ob. podgorączkowy, bez dreszczów, bez potów; tętno 130, oddech 30, ciśnienie 120 — 90 R.R. Gruczoły szyjne i pachowe nieco powiększone. Klatka piersiowa uwypuklona po stronie lewej, szczeg. w okolicy podobojczykowej; przewodnictwo głosowe tu nieco osłabione, zarówno jak oddech; odgłos opukowy stłumiony od grzebienia łopatki ku dołowi. Pod prawą łopatką — oddech nieokreślony, ognisko trzeszczeń. Serce przesunięte ku stronie prawej o szerokość dłoni, tony czyste.

Wątroba i śledziona — n., mocz bez zmian. W krwi: Hgl. 53; erytrocyt. 2,600,000; leukoc. 14000, przyczym neutrof. 61%, eozynochłon. 5%, bazochłon. 1%, limfocyt. 25%, przejściowych 8%. Wasserman i Pirquet —. Plwocina śluzowo-ropna, czasami krwista; laseczników Kocha, włókien elastycznych nie zawiera; natomiast badanie histopatologiczne jednego skrzepu, wykrztuszonego przez chorą, wskazało na prawdopodobieństwo mięsaka płuc. (Jastrzębski) Z nakłucia opłucnej otrzymano płyn krwotoczny, którego surowica dała z nalewką gwajakową zabarwienie niebieskie (próba „de laquage“ Bard'a — dodatnia); w osadzie oprócz krwinek — skupienia komórek nabłonkowych bez charakterystycznych cech anaplazji.

Szvbkość opadania krwinek (S. R.) znacznie przyśpieszona: do podziałki 18 w przeciągu 28' (norm. 240'). Prześwietlenie klatki piersiowej wykazało w dolnym prawym płacie trzy ogniska przerzutowe; całe lewe płuco, oprócz szczytu, zaciemnione. Na zasadzie powyższych danych rozpoznano mięsak płuc — przerzutowy — z kości udowej.

W podobnych przypadkach należy zawsze wyłączyć przewlekłe sprawy zapalne nieswoiste i swoiste, a z ostatnich — gruźlicę płuc; należy również wyłączyć pierwotne umiejscowienie sprawy w opłucnej.

Nowotwory przerzutowe płuc spostrzega się częściej, niż pierwotne, a mięsaki częściej, niż raki. Jeżeli jednak zważymy, że mięsaki szerzą się drogą naczyń żylnych, że niejednokrotnie następuje wrastanie ich do żył i że cała krew żylna musi przejść przez płuca, to stanie się b. zadziwiającą stosunkowa rzadkość tych przerzutów płucnych. Coprawda, w przypadkach mięsaków rozmaitych narządów, częste są w płucach zatory komórek nowotworowych, rzadko jednak rozrastają się one do wielkości prawdziwych przerzutów; przeciwnie rozrasta się w nich tkanka łączna i giną. Zjawisko to daje się wytłómaczyć jedynie teorją atreptyczną Erlicha, w myśl której komórki nowotworowe wymagają dla swego rozwoju nietylko zwykłych materjałów odżywczych, lecz także swoistych, bliżej nam jeszcze nieznanych, których brak na podłożu tkanki płucnej. Rokowanie w danym przypadku jest niepomyślne; leczenie, wobec sprawy rozsianej, polegać może wyłącznie na naświetlaniu promieniami R., aczkolwiek przytoczone są w ostatnich czasach w związku z tym wyniki niezadowalniające i niekiedy niekorzystne. Rieder (1922 r.) zwraca uwagę na to, szczeg. przy jednoczesnym zajęciu opłucnej (możliwość powstania ognisk pneumonicznych o ostrym przebiegu i fatalnym zejściu). Müller (1923 r.) ostrzega pozatym przed krwotokami płucnemi w związku z naświetlaniami.

W danym przypadku zastosowano dwie dawki prom. R.. Duszność, która raczej wzmagała się po każdym naświetlaniu, nakazuje i nam postępować ostrożnie w myśl przedewszystkiem zasady „*primum non nocere*".

W dyskusji brali udział Endelman, Spielman, Lubliner i Lewin.

I. Lichtenberg. **Przypadek Spondylarthritis typhosa.**

45-letnia Ch. T., przed 6 tygodniami przybyła na oddz. wewnętrzny ze szpitala Ś-go Stanisława z powodu rwy kulszowej po przebytym durze brzusznym (kilka tygodni), na który zapadła przed 3 mies. Po przebytej chorobie tej nie

mogła wstać z łóżka z powodu silnych bólów w krzyżu, a stąd wzdłuż tylnej powierzchni k. d., szczeg. lewej. Była dotąd zazwyczaj zdrowa (w 1915 r. dur plamisty). Na narządy rodne nigdy się nie uskarżała; ustanie miesiączki od 3 lat.

St. ob. Ciepłota norm., odżywiona nieźle. Zaostrzony oddech u prawego wierzchołka płuc i dobitny 2-gi ton nad tętnicą główną. Badanie ginekologiczne przez odbytnicę nie wykazało zmian. Na wysokości trzech ostatnich kręgów lędźwiowych uwypuklenie, b. bolesne na ucisk i przy próbie z obciążeniem kręgosłupa. Chora najchętniej leży, obraca się z trudem, powoli, opierając się rękami, b. ostrożnie schodzi z łóżka, gdy ma się nachylić, nie zgina kręgosłupa, unika ruchów jego. Po przybyciu na oddział nie chodziła, obecnie chodzi powoli, stąpa, bez niedowładu lub bezładu. W ułożeniu poziomym unosi prawą k. d. o 40 cm. nad poziom, lewą 25 cm.; ruchy k. k. d. ponad ten wymiar wywołują ból w krzyżu. Napięcie mięśni i odruchy — normalne. Badanie elektryczne mięśni (Rotstadt) zmian pobudliwości w kkdd. nie wykazało; z właściwych natomiast objawów rwy kulszowej stwierdza się punkty bolesne w okolicy otworu kulszowego dużego i kostki zewnętrznej, objawy Lasègue'a Bonnet'a i szczeg. udowy Mackiewicza. Mocz +; Wasserman w krwi i Pirquet —. Widal dodatni (1 : 500). Płyn mózgowordzeniowy (ciśnienie umiarkowane, przezroczysty; Nonne + +, 11 limfocytów w mm.^{3}. Prześwietlenie kręgów (Mesz), wykazało zniszczenie IV kręgu lędźwiowego i zatartą szczelinę międzytrzonową. Na zasadzie powyższych objawów rozpoznano *Spondylarthritis post-typhosa*, postać dość rzadką, a jedną z postaci *Spondylitis infectiosa* (po nagminnym zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych, grypie i t. p.). Pierwsze spostrzeżenia opisali Gibney, Osler, Quincke; Fraenkel znalazł laseczniki Eberta w kręgach chorych, a Raymond, Sicard w płynie mózgowo-rdzeniowym. U nas Bregman ogłosił w 1918 r. 2 przypadki, w Szpitalu zaś przedstawiał Flatau jeden przypadek w 1921 r. (Kw. Klin. Tom I).

Co się tyczy rozpoznania różniczkowego, to w danym wypadku można wyłączyć: 1) *Spondylitis tuberculosa*, 2) *Meningitis circumscripta*, 3) *Neuritis ischiadica infectiosa*, 4) nowotwory zewnątrzrdzeniowe, 5) *Spondylarthritis chronica ankylosans* (Strümpel-Bechterew), wzgl. *Spondylose rhizomélique* (Pierre Marie), przeciwko której przemawiają: brak skostnienia chrząstek międzyżebrowych, brak mostów kostnych zamiast *lig. interspinos*, brak zaniku poprzecznych wyrostków i wreszcie 6) *Sacralisatio* (w tym wypadku części boczne kręgu L_5 byłyby zlane z powierzchniami stawowemi krzyżowo-biodrowemi).

Leczenie tego rodzaju zapalenia stawów międzykręgowych, ze względu na pomyślne rokowanie, jest zachowawcze:

preparaty salicylowe i t. p. oraz zabiegi termo- i mechanoterapeutyczne. W niektórych jednak przypadkach bóle, spowodowane przez ucisk schorzałych kręgów na korzenie nerwowe, są tak silne, że laminektomja okażać się może konieczną.

W dyskusji Goldstein, uwzględniając niektóre z wyżej wyszczególnionych wyników badania klinicznego, zastanawia się, czy jednak nie mamy tu do czynienia z zachorzeniem kręgosłupa natury gruźliczej, zwł. wobec zmian w kręgach, ujawnionych na rentgenogramie.

Poncz podziela tę opinję. Mesz wyraża również wątpliwości co do niektórych momentów rozpoznawczych, przytoczonych przez Lichtenberga; to też sądzi, że nie można się jeszcze stanowczo wypowiedzieć w sprawie natury cierpienia tego i zaleca zwł. ze względu na kierunek terapji, przedłużyć jeszcze obserwacje. Mackiewicz, za przykładem autorów francuskich, rozpoznałby tu, w związku z przebytym durem brzusznym, *spondylose* — cierpienie, nieraz już ostatnio opisane, ze zmianami głównie w chrząstkach międzykręgowych, o przebiegu klinicznym, odpowiadającym wyżej opisanemu cierpieniu.

W odpowiedzi Lichtenberg podkreśla jeszcze raz momenty różniczkowe, które przemawiają przeciwko *Spondylitis tuberculosa*, w szczególności ostry początek po durze brzusznym, pomyślny przebieg i ku poprawie (charakterystyczne dla *Spondylitis typhosa*), nieznaczna pleocytoza w płynie mózgowordzeniowym, brak dziedziczności gruźliczej a i innych objawów gruźlicy.—Zajęcie trzonu kręgów i chrząstki międzykręgowej przeciwnie przemawia właśnie raczej za tym cierpieniem. Znane jest powinowactwo laseczn. Eberta do tkanki kostnej (*Osteomyelitis typhosa*) i chrzęstnej (*perichondritis laryng.*), a tak wybitne, że w durze brzusznym b. często znajdujemy w kręgach, szczeg. lędźwiowych, zatory bakteryjne z ogniskami ograniczonej martwicy. Niektórzy tym zajęciem kości chcą nawet tłómaczyć leukopenję i bóle kostne (tak częste w przebiegu duru brzusznego).

L. Bregman i L. Nudelman. **Przyczynek do etjologji porażeń n. kulszowego** (pokaz 2 przypadków).

I. Porażenie n. kulszowego w następstwie porodu.

O., l. 31, przed 2-ma mies. urodziła pierwsze dziecko (po 7-u lat. małżeństwa). Żadnych zboczeń w narządach płciowych, jako przyczyny bezpłodności, specjaliści nie znajdowali. Poród ciężki trwał 3 dni; 3-go dnia nałożono kleszcze (chorą położono w poprzek łóżka; lkd. była zgięta w kolanie, a prawą—wyprostowaną—trzymała akuszerka). Już przy wyciąganiu

główki chora doznała b. silnych bólów w pr. kończ. dolnej (uczucie „przejścia prądu przez nogę, przeciągania drutu“). Ból ustępował, gdy lekarz przestawał pociągać kleszcze, a wracał przy każdym nowym pociągnięciu. Po wyjściu główki dziecka, bóle ustały zupełnie, lecz chora nie mogła ruszać pr. k. d.—każde dotknięcie jej wywoływało silny ból.

Po 3 tyg. chora wstała, przy chodzeniu doznawała jednak bólów, z początku wzdłuż całej kończyny, a później głównie w podudziu, w stopie zaś i w palcach miała drętwienie i uczucie palenia. W ciągu 2 miesięcznego pobytu na oddziale poprawa stale postępowała. Obecnie stan bez bólów prawie, aczkolwiek ucisk na łydkę i n. strzałkowy powoduje jeszcze bóle. Omamy czuciowe na tylnej powierzchni stopy dają się też niekiedy we znaki.

Porażenie dotyczy obecnie li tylko m. m., unerwionych przez n. strzałkowy (ten działa dobrze). M. piszczelowy przedni całkowicie porażony, w m. wyprostnym palców władza wraca. M. piszczelowy przedni i m. wyprostny palców wykazują całkowity odczyn zwyrodnienia.

Zaburzenie czucia dotyczy powierzchni grzbietowej palucha i wewn. przyśrodkowej połowy drugiego palca oraz powierzchni podeszwowej palucha (przedtym zaburzenia nieco większe — prawie na całej powierzchni grzbietowej stopy i zewnętrznej uda).

Odr. ze ścięgna Achill. brak. Tak więc obecnie porażone są tylko m. m., unerwione przez n. strzałkowy głęboki, a zaburzenia czucia ograniczyły się również do obrębu tegoż nerwu.

Porażenie porodowe n. kulszowego opisane zostało po raz pierwszy przez B a s e d o w a (1839 r.); spostrzega się je najczęściej tak, jak w naszym przypadku, po porodach kleszczowych. W wielu przypadkach miednica jest tu też zwężona. U naszej chorej badanie ginekologiczne (N a t a n s o n) zwężenia tego nie wykazało; stwierdzono natomiast, że prawy brzeg kości krzyżowej uwypukla się bardziej w kierunku jamy miednicy, a ucisk w okolicy otworów krzyżowych, również jak i otworu kulszowego większego, wywołuje ból.

Porażenia te n. kulszowego spostrzega się rzadko. Częściej są skargi na omamy czuciowe i bóle w dziedzinie nerwu strzałkowego lub n. zasłonowego oraz w okolicy stawu krzyżowo-biodrowego. Porażenie dotyczy prawie zawsze n. strzałkowego, zaś n. piszczelowy tylny pozostaje nietknięty. Tłomaczy to najłatwiej układ anatomiczny splotu krzyżowego, w którym uczestniczą korzeń IV (część dolna) i V lędźwiowy oraz I do III krzyżowego. IV i V lędźwiowy oraz niekiedy I krzyżowy tworzą wspólnie n. lędźwiowo-krzyżowy, który przed połączeniem się z innemi korzeniami, na przestrze-

ni około 5 ctm., biegnie wzdłuż grzebienia bezimiennego, pozbawiony podłoża mięśniowego i nie przykryty mięśniami. N. ten (z niego włókna do n. strzałkowego), jest zatym najbardziej wystawiony na działanie ucisku. Niektórzy podkreślają zmniejszoną odporność n. strzałkowego, inni kładą nacisk na mniejsze ukrwienie n. strzałkowego.

U naszej chorej dotknięty był nie cały n. strzałkowy, lecz przedewszystkiem obręb n. strzałkowego głębokiego. Takie ograniczenie porażenia spotyka się niezwykle rzadko, a jest to okoliczność nader pomyślna, gdyż w tym razie zaburzenia czynnościowe są znacznie mniejsze. Porażenie n. strzałkowego głębokiego, aczkolwiek ciężkie u naszej chorej (odcz. zwyrodnienia), wykazuje jednak pewną poprawę w zakresie prostowania palców.

W II-im przypadku porażenie n. kulszowego zostało spowodowane przez zastrzyknięcie przetworu rtęci (Hydrargyri salicylici) w okolicę pośladkową. (Przypadek ten opisany będzie szczegółowo w oddzielnej pracy).

W dyskusji Higier zaznacza, że w przypadku drugim przypuszczenie zakażenia powtórnego budzi pewne wątpliwości. Co do przypadku pierwszego, to skutki urazu pni nerwowych (najczęściej całego n. kulszowego, wzgl. jego gałęzi poszczególnych tylko) podczas ciąży i porodu (kleszcze) nie są zjawiskiem rzadkim. Markusfeld wątpi, aby w przyp. 2-im uraz n. kulszowego mógł był tu nastąpić przy zastrzykiwaniu rtęci; byłoby to zjawisko częste, a tak bynajmniej nie jest. Czy niema objawów schorzenia parasyfilitycznego? Goldstein podaje szczegóły o zabiegu operacyjnym. Mesz omawia zmiany rentgenograficzne w miednicy 1-ej chorej. Mackiewicz sądzi, że był tu uraz z powodu zastrzyknięcia rtęci; przypadek taki spostrzegał. Operacja Leriche'a nie jest tu wskazana, gdyż mamy do czynienia z bólem piekącym urazowym *(causalgia)*.

Bregman w odpowiedzi zaznacza, że samo wyprostowanie kończ. dolnej w 1-ym przypadku nie mogło wywołać porażenia; chora wyraźnie zaznacza, że doznawała bólów przy każdej próbie pociągnięcia główki przez operatora. Możliwa, że z początku dotknięty był cały n. kulszowy, obecnie z niego tylko n. strzałkowy głęboki.

Odnośnie 2-iego przypadku Br. omawia przypadki ponownego zakażenia przymiotem, spostrzegane w ostatnich latach po energicznej kuracji salwarsanem. Porażenia n. kulszowego na tle przymiotu nigdy dotąd nie spostrzegano, pozatym leczenie swoiste nie miało tu wpływu na przebieg porażenia. Objawów cierpienia parasyfilitycznego niema.

Sprawozdanie z posiedzenia dn. 14 i 21 grudnia 1924 r.

Przewodniczył Luxenburg.

Lubelski. **Amputatio interscapulo-thoracalis z powodu mięsaka.**

B. Sz., 15 lat, od 3 mies. stale powiększające się zgrubienie praw. ramienia w górnej 1/3 cz. W tym miejscu stwierdzono guz, przechodzący na staw barkowy, obojczyk i grzebień łopatki. Na rentgenogramie—zniszczenie górnej części kości ramieniowej, główki jej, zewnętrznego końca obojczyka i odwapnienie grzebienia łopatki. Rozpoznano mięsak i wykonano *amputatio interscapulo-thoracalis* metodą Bergera, t. j. usunięto prawą górną kończynę wraz z łopatką i odśrodkową 1/2 obojczyka po uprzednim podwiązaniu tętnicy i żyły podobojczykowej.

Na 7 dzień zdjęto szwy. Rychłozrost, poczym następcze leczenie prom. R.

Badanie guza (Jastrzębski) wykazało *Sarcoma perivasculare telangiectatica.*

W dyskusji Wertheim zwraca uwagę na potrzebę w podobnych przypadkach szczegółowego badania płuc i prześwietlenia klatki piersiowej, co Lubelski uznaje za zupełnie słuszne.

Tonenberg. **Pokaz chorej z guzem prawego barku.** (Z oddz. dr. Wertheima).

Chorą operowano w 1919 r. z powodu dużego mięsaka, wyrastającego z prawej pachy i zajmującego całe ramię i część barku. Naświetlania prom. R. po zabiegu nie było. Obecnie chora przybyła z nawrotem, o wielkości znaczniejszej guza niż pierwotnie, a zajmującym ramię, okolicę stawu barkowego oraz część łopatki.

Przypadek nadaje się również do *resectio interscapulothoracalis.*

J. Mackiewicz. **Przypadek parkinsonizmu pośpiączkowego z długotrwałym podwójnym widzeniem.** (Z oddziału dr. Flataua).

Z. R. 42 lat, o klasycznych objawach daleko posuniętego porażenia drżączkowego (parkinsonizmu): sztywność mięśni k.k. g.g. i d.d. o typie pozapiramidowym, twarz — maska, rzadkie mruganie, obfite wydzielanie śliny, poniewolne biegnięcia naprzód i wstecz i w. inn. objawów parkinsonizmu. Souques i Lhermitte (1922) w pracach o parkinsonizmie pośpiączkowym doszli do wniosku, iż w tym cierpieniu porażenie drżączkowe nigdy nie dochodzi do tak krańcowego rozwojowego okresu, jak w chorobie Parkinsona samoistnej. Stojąc na tym stanowisku, musielibyśmy twierdzić w danym wypadku, że nie ma się do czynienia z parkinsonizmem pośpiączkowym,

lecz samoistnym. Jednakowoż chory na jesieni 1919 r. miał nagm. zapalenie mózgowia z typowym dla epidemji wówczas zespołem objawów — letargiem, podwójnym widzeniem, długotrwałym stanem podgorączkowym, krótkotrwałemi objawami psychicznemi, bólami w k. k., myoklonją i t. d. (chory był pod obserwacją prelegenta w 1919 roku w Charkowie). Celem niniejszego pokazu są dość rzadko spotykane objawy ze strony nerwów okoruchowych; oprócz nierówności źrenic, (prawa jest szersza), zniekształcenia i ich leniwego oddziaływania na światło, zarówno jak braku zbieżności, chory ma podwójne widzenie od 4-ch lat. Badanie przez barwne szkła (Endelman) istotnie potwierdziło skargi na to chorego i wskazało, że przyczyną tego jest niedowład *m. recti interni sinistri*. Już od początku epidemji śpiączki (1918 r.) zwrócono uwagę, że porażenie nerwów okoruchowych jest b. częstym objawem w tym cierpieniu. Sainton (1918) wyodrębnił triadę objawów: senność, porażenie mięśni ocznych i gorączkę. Economo w Wiedniu, a Wilson w Londynie, widzieli porażenie m. m. oczu we wszystkich przypadkach omawianego cierpienia.

Cords (zbiorowe streszczenie całego piśmiennictwa do 1922 r.) twierdzi, iż objawy ze strony nerwów okoruchowych bywają w 85—90% wszystkich przypadków, a jedynie Stern uważa, że taki procent jest za wygórowany i podaje z własnego doświadczenia — 61%. Dwie cechy charakteryzują objawy oczne w śpiączce: ich dysocjacja i krótkotrwałość. Dysocjacja porażeń jest zrozumiała, sprawa zapalna bowiem w postaci bardzo drobnych ognisk nacieczeń mieści się w szarej istocie dna wodociągu Sylwjusza, gdzie znajdują się jądra III, IV i VI par. nerwów czaszkowych, a porażenie jądrowe w tej okolicy właśnie cechuje izolowane cierpienie pojedyńczych gałązek nerwowych. Co się tyczy krótkotrwałości tych porażeń mm. ocznych, to nieraz podwójne widzenie trwa zaledwie 1/2 godz.; przeważnie objaw ten trwa 1—2—3 dni, a znika zupełnie, bez śladu, co nie jest dziwne, gdy się zważy na cechy biologiczne drobnowidowego nacieczenia w *Encephalitis lethargica*. Zresztą i inne objawy kliniczne tej postaci chorobowej w ostrym okresie są również stosunkowo krótkotrwałe. Do wyjątkowo rzadkich należą natomiast objawy, pozostające na długi okres czasu. Według Sterna zasługuje na uwagę fakt, że parkinsonicy pośpiączkowi prawie nigdy się nie skarżą na podwójne widzenie; — objaw ten obserwował on w parkinsonizmie tylko dwa razy, przyczym były to przypadki nie jądrowego porażenia nerwów, lecz t. zw. Blicklähmung. Jeżeli wreszcie poddamy analizie jeszcze jeden moment, cechujący podług Sterna porażenie mięśni ocznych w śpiączce, a mianowicie łagodny charakter jego (Stern nawet wprowadza termin „kliniczna blizna" w odróżnieniu od

„anatomicznej blizny"), to przekonamy się, że i to nie zawsze ma miejsce, albowiem np. zniekształcone źrenice, brak albo opieszałe ich oddziaływanie na światło, przy zachowanym oddziaływaniu na zestawienie (prawdziwy objaw Argyll-Robertson'a), zostało potwierdzone przez cały szereg autorów (Nonne, Herzog, Dreyfus, Cordsi t. d.). — Neri (1921 r.) twierdzi, iż w parkinsonizmie pośpiączkowym często spostrzega się brak oddziaływania źrenic na zestawienie, przy zachowaniu oddziaływania ich na światło (odwrotny objaw Argyll-Robertson'a). Doświadczenie uczy jednak, że objaw ten Neri'ego jest oparty na błędzie. Jeżeli bowiem każemy parkinsonikowi spojrzeć na nos lub przedmiot jaki, blisko przed oczami trzymany, to istotnie nie występuje przytym zwykłe zwężanie się źrenic, u parkinsoników bowiem często wogóle nie występuje zestawienie gałek ocznych; ma to miejsce właśnie i u naszego chorego. Możemy się również przekonać, że prawidło o „łagodności" objawów ocznych w ostrym okresie śpiączki ulega zbyt częstym wyjątkom, aby mówić o „prawidle", gdyż chory pokazany, oprócz podwójnego widzenia, ma nierówne i zniekształcone źrenice, leniwie reagujące na światło oraz brak możności zestawienia gałek samych. Pozatym należy dodać, że i inne jeszcze objawy ostrego okresu *Encephalitis lethargica* również mogą pozostać lata długie, nprz. bóle w obrębie jednej gałązki V pary, bóle trzewne, odosobnione myoklonje i t. d.

W dyskusji brali udział Higier, Zamenhof, Goldflam.

Datyner. **Przypadek gruźlicy nerki.** (Z oddz. dr. Lubelskiego).

38-letnia R. G., skierowana na oddział chirurgiczny po usunięciu polipa śluzowego szyjki macicznej (na oddz. dr. Altkaufera). Przedtym stosowano też kilkakrotnie na oddz. dr. Lublinera odmę sztuczną (gruźlica płuc).

Od kilku miesięcy bóle przy oddawaniu moczu (częste, w ciągu dnia i nocy). Stan podgorączkowy. W moczu 20 do 40 leuk. w polu widzenia. Nerki niewyczuwalne.

19. X. 23. Cystoskopja: pojemność pęcherza średnia, śluzówka szyjki pęcherza obrzęknięta i znacznie zaczerwieniona po str. prawej — *oedema bullosum regionis ureteri dextri*. Prawy moczowód zaczerwieniony, lewy norm. Po zastrzyknięciu śródmięśniowym 20 cm. sz. indigokarminy wydziela się (po 9 min.) z lew. moczowodu płyn, zabarwiony na niebiesko, z prawego natomiast płyn taki nie wydziela się nawet po upływie 27 min.

26. X. 23. Cewnikowanie praw. moczowodu: mocz stąd zawiera 30—50 leuk. w polu widzenia, miejscami kępki ropy.

Można więc było wnioskować, że mamy do czynienia najprawdopodobniej z prawostr. gruźlicą nerki.

28. XI. 23. *Nephrectomia dextra* (Lubelski). W uśp. chlor. wyłuszczono bez trudności powiększoną nerkę; ranę zaszyto, pozostawiając sączki. Usunięta nerka przedstawiała rzadką postać gruźlicy, t. zw. rozsianą gruzełkową (podług Israel'a). Rana zagoiła się po 10 dniach. Objawy pęcherzowe powoli ustępowały (po 3-ch tyg. 10 — 12 leukocytów w polu widzenia). Ogólny stan chorej znacznie się polepszył: — przestała kasłać i gorączkować, objawy płucne w znacznej mierze ustąpiły. Usunięcie więc chorej nerki bardzo skutecznie wpłynęło również i na sprawę płucną.

W dyskusji Lubelski podkreśla, że chorą właśnie w tym celu operowano, aby uzyskać polepszenie stanu ogólnego i stanu płuc.

Szenkier omawia szczegółowo wskazania do operacji nerki gruźliczej u chorych z gruźlicą płuc.

Redakcja bardzo przeprasza PP. Kolegów, że w sprawozdaniach z posiedzeń naukowych, umieszczonych w Zesz. 1-ym Tomu III Kw. Klin. niektóre cenne przemówienia podczas dyskusji zostały przez niedopatrzenie przy składaniu numeru pominięte.

Redaktor: **J. Rotstadt.**

Komitet Redakcyjny: **H. Altkaufer, E. Flatau, Wcł. Sterling, J. Szwajcer.**

Adres Redakcji:
Szpital Starozak., Pawilon IX, Oddział Terapji Fizykalnej, tel. 507-12. Dr J Rotstadt

Adres Admistracji:
Szpital Starozak, Pawilon III, Oddział Ginekol I, tel 507-05. Dr. H. Altkaufer

Skład Główny: E. Wende i S-ka, Krak.-Przedmieście 9.

„Drukarnia Krajowa" (W. Krawczyński i E. Egert). Żelazna 89.